

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDSC-2019)
QUESTIONNAIRE FEMME**

République du Sénégal
Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

IDENTIFICATION																												
NOM DE LA LOCALITÉ _____																												
NOM ET NUMÉRO DU CHEF DE MÉNAGE _____																												
NUMÉRO DE CONCESSION	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																											
NUMÉRO DE GRAPPE																												
RÉGION																												
DEPARTEMENT																												
DISTRICT SANITAIRE																												
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																												
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)																												
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																												
VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE : MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LE MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE (VD)? (1=OUI, 2=NON)	<input type="checkbox"/>																											
VISITES D'ENQUÊTRICES																												
	1	2	3	VISITE FINALE																								
DATE	_____	_____	_____	JOUR																								
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS																								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE																								
				No																								
				ENQUÊT																								
				RÉSULTAT*																								
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES																								
HEURE	_____	_____		<input type="checkbox"/>																								
<p>*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISEZ)</p>																												
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE**																								
				TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <input type="checkbox"/>																								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS	**CODES LANGUES :																										
		01 FRANÇAIS	03 POULAR	05 MANDINGUE																								
		02 WOLOF	04 SERER	07 AUTRES																								
			06 DIOLA																									
CHEF D'ÉQUIPE																												
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____																									
NOM		NUMÉRO		DATE																								

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie en collaboration avec le Ministère de la Santé et l'Action Sociale. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au SENEGAL. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE _____

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

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
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'ANNÉE9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU106 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 ?	ELEMENTAIRE 1 MOYEN 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 AUTRE 6 (PRÉCISER)	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
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	
111A	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)	OUI 1 NON 2	→ 112
111B	Dans quelles langues étaient donnés les programmes d'alphabétisation auxquels vous avez participé ? INSISTER : Aucun autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ARABE A WOLOF B POULAR C SERER D DIOLA E MANDINGUE F SONINKE G AUTRE X (PRÉCISEZ LANGUE)	
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
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 vous-	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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
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?	MUSULMANE 1 CHRÉTIENNE 2 ANIMISTE 3 SANS RÉLIGION 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
122A	Etes-vous Sénégalaise ?	OUI 1 NON .. 2	→ 201
123	Quelle est votre ethnie?	WOLOF 01 POULAR 02 SERER 03 MANDINGUE 04 DIOLA 05 SONINKÉ 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

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 pas avec vous ?	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 DOIT.										
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	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre premier enfant/ enfant suivant ?	(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: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
INSCRIVEZ LE NOM. NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.					INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLU E.				
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOU T. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	YES 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOU T. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOU T. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	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 ?	SI EN VIE: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	SI EN VIE: (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE: INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	SI DÉCÉDÉ: Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ? PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
INSCRIVEZ LE NOM.					INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLU E.				
N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.									

06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <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 2013-2018	NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0	→ 226
225	C POUR CHAQUE NAISSANCE DANS 2013-2018, 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 GROSSESSE A DURÉ.)		
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 2013-2018 <input type="checkbox"/>	DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2012 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/>	→ 234 → 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 2013, 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 NON 2 → LIGN SUIV. → 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 NON 2 → LIGN SUIV. → 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 NON 2 → LIGN SUIV. → 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 2013-2018 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 COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.</p>		
237	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2013 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 2013 ?	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	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(DATE, SI DONNÉE)</p>	<p>IL Y A JOURS 1</p> <p>IL Y A SEMAINES 2</p> <p>IL Y A MOIS 3</p> <p>IL Y A ANNÉES 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÉGLES 996</p>	<table border="1"> <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>								
239A	<p>VÉRIFIEZ 239:</p> <p>MOINS D'UNE ANNÉES/ MOINS DE <input type="checkbox"/> _____</p> <p>12 MOIS</p> <p>UNE ANNÉE/ 12 MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> _____</p>		<p>→ 239B</p> <p>→ 240</p>								
239B	<p>Est-ce qu'il y a eu des activités sociales ou des journées de travail auxquelles vous n'avez pas pu participer à cause de vos dernières règles ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SURE/ PAS DE TELLE ACTIVITÉS 8</p>									
239C	<p>Durant vos dernières règles, avez-vous pu vous laver et vous changer en privé pendant que vous étiez chez vous ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>									
239D	<p>Avez-vous utilisé des produits tels que des serviettes hygiéniques, des tampons ou des morceaux de tissus ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>→ 240</p>								
239E	<p>Est-ce que les produits étaient réutilisables ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>									
240	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS SÛRE 8</p>	<p>→ 242</p>								
241	<p>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 ?</p>	<p>JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES COMMENCENT 1</p> <p>PENDANT LES RÉGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÉGLES 4</p> <p>AUTRE _____ 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>									
242	<p>Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>									

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler d'une (MÉTHODE) ?	
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant un ou plusieurs mois.	OUI 1 NON 2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI 1 NON 2
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
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	Méthode des jours fixes (Méthode du collier). 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.	OUI 1 NON 2
11	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.	OUI 1 NON 2
12	Méthode du rythme (Calendrier/Glaire cervicale/Température). INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.	OUI 1 NON 2
13	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 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
303A	Pourquoi n'utilisez-vous pas quelque chose ou une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse?	RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSEN 01 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT 02 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE 03 MARI/PARTENAIRE/FAMILLE DÉSAAPROUVE 04 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 05 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ 06 COÛTE TROP CHER 07 PAS PRATIQUE À UTILISER 08 FATALISTE 09 DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOP 10 DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION 11 CELIBATAIRE 12 ABSTINENCE 13 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 311
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 DIU 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 BOITE.	PLANYL 01 PLANOR 02 OVRETTE 03 LO FEMENAL 04 MINIDRIL 05 MINIPHASE 06 STEDIRIL 07 MICROVAL 08 ADEPAL 09 MICROGYNC 10 NÉOGYNON 11 DIANE 35 12 TRINORDIOL 13 SECURIL 14 LUSIAF 15 MICROLUT 16 AUTRE 96 NSP 98	→ 309

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À						
306	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>PROTEC 01</p> <p>FAGAROU 02</p> <p>VISA 03</p> <p>MANIX 04</p> <p>PRESA 05</p> <p>KAMA SUTR/ 06</p> <p>PROTEX 07</p> <p>INNOTEX 08</p> <p>CASANOVA 09</p> <p>INTIMY 10</p> <p>CONTEX 11</p> <p>STAR 12</p> <p>TROJAM 13</p> <p>FEMIDON 14</p> <p>KISS 15</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 309</p>						
307 (5)	<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, INSCRIVEZ LE NOM .</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 12</p> <p>CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE .. 13</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16 (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 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>							<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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>							
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 style="text-align: right;">OUI <input type="checkbox"/></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 2013-2018 <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>ANNÉE EST 2012 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 2013 .</p> <p>ENSUITE (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 2013. 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	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>
312B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p>
312C	Quelle était cette méthode ?	CODE MÉTHODE ... <input type="text"/>	CODE MÉTHODE ... <input type="text"/>	CODE MÉTHODE ... <input type="text"/>
312D	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>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>
312E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>
312F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312H) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312H) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312H) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>
312G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>
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	<p>RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.</p>			

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 ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 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 (5)	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 GOUV. 11 CENTRE SANTÉ GOUV. 12 POSTE SANTÉ 13 CENTRE DE PF GOUV. 14 MATERNITÉ RURALE 15 CASE DE SANTÉ 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE 17 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE 18 AUTRE PUBLIC 19 _____ (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21 PRIVÉ 22 PHARMACIE 23 MÉDECIN PRIVÉ 24 DISPENSARE RELIG 25 AUTRE MEDICAL PRIVÉ 26 _____ (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 BAK 34 AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 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 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	<p>VÉRIFIEZ 318 ET 319:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> UN OUI' ↓ ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> </p> <p>a) À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> <p>b) Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 315) de (ENDROIT DE 307 OU 316), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p>	OUI 1 NON 2	→ 324
323	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
324	<p>VÉRIFIEZ 304:</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	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> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. 12</p> <p>POSTE SANTÉ 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE 15</p> <p>CASE DE SANTÉ 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE 18</p> <p>AUTRE PUBLIC 19</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21</p> <p>PRIVÉ 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>DISPENSARE RELIG 25</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ 26</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>ÉGLISE 32</p> <p>PARENTS/AMIS 33</p> <p>BAR .. . 34</p> <p>AUTRE 96</p> <hr/> <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>	<p>→ 327</p>
326A	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. B</p> <p>POSTE SANTÉ C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. D</p> <p>MATERNITÉ RURALE E</p> <p>CASE DE SANTÉ F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H</p> <p>AUTRE PUBLIC I</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>DISPENSARE RELIG M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ N</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE O</p> <p>ÉGLISE P</p> <p>PARENTS/AMIS Q</p> <p>BAR .. . R</p> <p>AUTRE X</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
327	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?	OUI 1 NON 2	→ 329
328	Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT</p> <p align="center"> 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 NON 2</p>	→ 401
330	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> → 648
402	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2013-2018. 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) ←
406	VÉRIFIEZ 208: SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> PLUS D'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 ? 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) ←
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
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 SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP C AUTRE PERSONNEL MATRONE D ACCOCHEUSE TRADITIONNELLE .. E AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE												
		NOM _____	NOM _____												
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N</p> <p>PRATICIEN O</p> <p>TRADITIONNEL P</p> <p>MARCHÉ P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. Q</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 ?	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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													
413A	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 417) ← NE SAIT PAS 8	
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←	
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8	
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
419	VÉRIFIEZ 418: SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ? b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant	IL Y A ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
420	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 422) ← NE SAIT PAS 8	
420A	Où les comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ont été achetés ou donnés? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOVVT. A CENTRE DE SANTÉ GOVVT. B POSTE DE SANTÉ GOVVT. C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC G (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ M (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
		AUTRE ENDROIT BOUTIQUE N PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
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 APPROXIMATIF	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
421A	Pouvez-vous nous décrire les avantages de la prise quotidienne des suppléments de fer/acide folique ? LAISSEZ LA DECRIRE ET ENCERCLEZ LA/LES REPONSE (S)	PREVIENT L'ANÉMIE A PROTEGE LE BÉBÉ B PROTEGE LA GROSSESSE C PROTEGE LA MERE D PREVIENT LE FAIBLE E POIDS DU BÉBÉ F AUTRE _____ X A PRECISER NSP 9 (PASSEZ À 422) ←	
421B	D'où tenez-vous cette information ?	LORS D'UNE CPN A MEDIAS B PARENTS/VOI! C AGENT DE SANTE D COMMUNAUTAIRE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
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 pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 425A) ← NE SAIT PAS 8	
424	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/>	
425	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE ÉTABLIS. DE SANTÉ 2 AILLEURS 6	
425A	Est-ce que, pendant cette grossesse, vous avez reçu une moustiquaire gratuitement	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 426) ←	
425B	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu cette moustiquaire gratuitement ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE 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 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 429) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 429) ←
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
428A	(Nom)a-t-il/elle un certificat/acte de naissance ? Si oui, demander <i>Puis-voir</i> ?	OUI, VU 1 (PASSEZ À 429) ← OUI, NON VU 2 NON 3 NE SAIT PAS 8	OUI, VU 1 (PASSEZ À 429) ← OUI, NON VU 2 NON 3 NE SAIT PAS 8
428B	La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès de l'autorité civile (chef de quartier/chef de village ou officier de l'état civil) ?	OUI 1 (PASSEZ À 429) ← NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSEZ À 429) ← NON 2 NE SAIT PAS 8
428C	Savez-vous comment faire enregistrer la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
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	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP C AUTRE PERSONNEL MATRONE D ACCOCHEUSE TRADITIONNELLE .. E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP C AUTRE PERSONNEL MATRONE D ACCOCHEUSE TRADITIONNELLE .. E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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</p> <p>(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / MATERNITÉ B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC G</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ M</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. Q</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PASSEZ A 434 ←</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / MATERNITÉ B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC G</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ M</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. Q</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PASSEZ A 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 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAINES 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
432	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434) ←</p>
433	<p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>
434	<p>Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
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	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	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 JOURS 2 SEMAINES 3 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 A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP C AUTRE PERSONNEL MATRONE D ACCOCHEUSE TRADITIONNELLE .. E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	
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 JOURS 2 SEMAINES 3 NE SAIT PAS 998	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE						
		NOM _____	NOM _____						
444	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR 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>							
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>							
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
447	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>SAGE-FEMME B</p> <p>INFIRMIÈRE/ICP C</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>MATRONE D</p> <p>ACCOCHEUSE TRADITIONNELLE .. E</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE Y</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>_____</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 GOUVERNEMENT... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 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>	<table border="1" data-bbox="884 1077 1011 1211"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									
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 A</p> <p>SAGE-FEMME B</p> <p>INFIRMIÈRE/ICP C</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>MATRONE D</p> <p>ACCOCHEUSE TRADITIONNELLE .. E</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE Y</p>										

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE																								
		NOM _____	NOM _____																								
456	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT . 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR 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>																									
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>	<table> <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> </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	
	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																								
458	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>(ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 461) ←</p>																									
459	<p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?</p>		<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>																								
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"/></p> <p>(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.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>			
466A	Est ce que (NOM) a reçu un autre chose que le lait maternel entre la naissance et la première tété?	OUI 1 NON 2			
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 (ALLEZ À 468) ←			
467A	Qu'a t-on donné à boire à (NOM) ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU BÉNITE B EAU C EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSEE D INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES E SOLUTION D'EAU SALLE SUCRE F JUS DE FRUIT G LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ H THÉ/INFUSIONS I MIEL J AUTRE X (PRÉCISEZ)			
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←		VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	
469	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 → 470 NON 2		OUI 1 → 470 NON 2	
469A	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
470	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.		RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501A	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2015-2018? UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2015-2018 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2015-2018 <input type="checkbox"/>	→ 601
502A	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2015-2018. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
503A	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/>	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 501B
504A	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT .. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507A → 507A
505A	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506A	VÉRIFIEZ 504A: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511A
507A	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511A

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES 	

508A

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.

	JOUR	MOIS	ANNÉE				
BCG							
HÉPATITE B À LA NAISSANCE (HepB)							
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE VPO 0)							
VACCIN POLIO ORAL 1 (VPO 1)							
VACCIN POLIO ORAL 2 (VPO 2)							
VACCIN POLIO ORAL 3 (VPO 3)							
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1							
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2							
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3							
PNEUMOCOQUE 1 (PNEUMO 1)							
PNEUMOCOQUE 2 (PNEUMO 2)							
PNEUMOCOQUE 3 (PNEUMO 3)							
ROTAVIRUS 1							
ROTAVIRUS 2							
VPI							
ROUGEOLE / RUBEOLE (RR1 ou ROR1)							
FIÈVRE JAUNE (VAA)							
ROUGEOLE / RUBEOLE (RR2 ou ROR2)							
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)							

509A

VÉRIFIEZ 508A: 'BCG' À 'VACCIN ANTIROUGEOLEUX 2' TOUT ENREGISTRÉ ?

NON

OUI

→ 525A

510A

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 ?

INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508A QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.

OUI 1
(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)
(PUIS ALLEZ À 525A)

NON 2
NE SAIT PAS 8
(NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)
(PUIS ALLEZ À 525A)

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 reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes 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 le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
513A	Est-ce que dans les 24 heures après la naissance, (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	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"/>	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, 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"/>	
519A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse 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 pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525A
524A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
525A	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) :	OUI NON NSP	
	a) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS ?	a) POUDRE 1 2 8	
	b) PLUMPY*NUTS ?	b) PLUMPY NUTS 1 2 8	
	c) PLUMPY*DOZ ?	c) PLUMPY DOZ 1 2 8	
526A	CONTINUEZ AVEC 501B.		

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018? D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018 <input type="checkbox"/>	PLUS DE NAISSANCE EN 2015-2018 <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 2015-2018. 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 ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT.. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507B → 507B
505B	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511B

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES 	

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>	<p>JOUR MOIS ANNÉE</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

509B	<p>VÉRIFIEZ 508B: 'BCG' À 'VACCIN ANTIROUGEOLEUX 2' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>		→ 525B
------	---	--	--------

510B	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu 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 } (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) (PUIS ALLEZ À 525B) ←</p> <p>NON 2 } NE SAIT PAS 8 } (NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) (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 reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 525B
512B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
513B	Est-ce que dans les 24 heures après la naissance, (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	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	<input type="checkbox"/> → 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 SEMAINES 1 PLUS TARD 2	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 519B
518B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
519B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 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	<input type="checkbox"/> → 523B
522B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 525B
524B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
525B	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à a) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS ? b) PLUMPY'NUTS ? c) PLUMPY'DOZ ?	OUI NON NSP a) POUDRE 1 2 8 b) PLUMPY NUTS 1 2 8 c) PLUMPY DOZ 1 2 8	
526B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018? AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) ←	PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018 <input type="checkbox"/>	→ 601

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

601	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2013-2018 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/>	648
602	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2013-2018. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
603	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRES NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/>
604	DE 212 ET 216:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
605	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
606	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules ou du sirop contenant du fer comme [celui-ci/l'un de ceux-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
607	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
608	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ←

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
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>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 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>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 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>(PRÉCISEZ)</p>
613	VÉRIFIEZ 612:	<p>DEUX CODES OU PLUS EN CERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UN CODE EN CERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>DEUX CODES OU PLUS EN CERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UN CODE EN CERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p>
614	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>
615	<p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet SRO ?</p> <p>b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p> <p>d) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) LIQUIDE SACHET SRO . . . 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRO . . . 1 2 8</p> <p>c) LIQUIDE MAISON . . . 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) LIQUIDE SACHET SRO . . . 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRO . . . 1 2 8</p> <p>c) LIQUIDE MAISON . . . 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p>
616	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/></p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
617	VÉRIFIEZ 615: UN 'OUI' <input type="checkbox"/> TOUT 'NO' <input type="checkbox"/> OU 'NSP' <input type="checkbox"/> a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? b) Qu'a t-on donné pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ANTIPARASITAIRE C AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON-ANTIBIOTIQUE G INJECTION INCONNUE H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ANTIPARASITAIRE C AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON-ANTIBIOTIQUE G INJECTION INCONNUE H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE X (PRÉCISEZ)
618	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 620) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 620) ← NE SAIT PAS 8
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
620	Est-ce que (NOM) a eu 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 (ALLEZ À 623) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 623) ← NE SAIT PAS 8
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 SEULEMENT 1 NEZ SEULEMENT 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←	BRONCHE SEULEMENT 1 NEZ SEULEMENT 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 TO 629) ←

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
625	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVT. GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 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>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVT. GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>OTHER 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>(PRÉCISEZ)</p>
626	VÉRIFIEZ 625:	<p>DEUX SEULEMENT</p> <p>CODES UN</p> <p>OU PLUS CODE</p> <p>ENCERCLÉS EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←</p>	<p>DEUX SEULEMENT</p> <p>CODES UN</p> <p>OU PLUS CODE</p> <p>ENCERCLÉS EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←</p>
627	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 625.</p>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>
628	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
629	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 CHLOROQUINE B COMPRIMÉS QUININE C INJECTION/IV D ARTESUNATE VOIE RECTALE E INJECTION/IV F AUTRE ANTIPALUDIQUE G _____ (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP H INJECTION/IV I AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE J ACETAMINOPHEN K IBUPROFEN L AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A CHLOROQUINE B COMPRIMÉS QUININE C INJECTION/IV D ARTESUNATE VOIE RECTALE E INJECTION/IV F AUTRE ANTIPALUDIQUE G _____ (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP H INJECTION/IV I AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE J ACETAMINOPHEN K IBUPROFEN L AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
631	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCELRÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←
632	VÉRIFIEZ 630: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCELRÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCELRÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 636) ←	CODE 'A' ENCELRÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCELRÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 636) ←
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
636	VÉRIFIEZ 630: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'B' ENCELRÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCELRÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 640) ←	CODE 'B' ENCELRÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCELRÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 640) ←
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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
640	VÉRIFIEZ 630: QUININE ('C' OU 'D') DONNÉE	CODE 'C' OU 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' OU 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 642) ←	CODE 'C' OU 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' OU 'D' 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 ('E' OU 'F') DONNÉ	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 644) ←	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' OU 'F' 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 ('G') DONNÉ	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' 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 NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
647	VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES COLONNES AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/>	UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/>	→ 649
648	Avez-vous entendu parler d'un produit spécial DES SACHETS SRO OU DES LIQUIDES SRO PRÉCONDITIONNÉS que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?	OUI 1 NON 2	
649	VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2016-2018 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> <u>(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</u> ↓	AUCUN <input type="checkbox"/>	→ 701
650	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 649) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.	OUI NON NSP	
a) De l'eau ?	a) 1 2 8		
b) Des jus ou des boissons à base de jus ?	b) 1 2 8		
c) Du bouillon ?	c) 1 2 8		
d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	d) 1 2 8 NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/>		
e) Du lait en poudre pour bébé ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	e) 1 2 8 NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BUT DU LAIT EN POUVRE <input type="text"/>		
f) D'autres liquides ?	f) 1 2 8		
g) Du yaourt ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	g) 1 2 8 NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/>		
h) Une préparation (nourriture fortifiée pour bébé) comme Cerelac, Farigalia, Baby-lac, Nutrilac, Bledine, etc. ?	h) 1 2 8		
i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?	i) 1 2 8		

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges a l'intérieur ?	j) 1 2 8	
	k) Des pommes de terre blanches, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	k) 1 2 8	
	l) Des légumes à feuilles vert foncé ?	l) 1 2 8	
	m) Des mangues, papayes mûres, jujube, ou soumpou ?	m) 1 2 8	
	n) D'autres fruits ou légumes ?	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 frais ou séché ou des crustacés ?	r) 1 2 8	
	s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	s) 1 2 8	
	t) Du fromage ou d'autres produits laitiers ?	t) 1 2 8	
	ta) Des collations sucrées (chocolats, bonbons, gâteaux, pâtisseries, sucettes ou biscuits sucrés) ?	ta) 1 2 8	
	tb) Des boissons gazeuses ?	tb) 1 2 8	
	tc) Des collations salées (chips ou biscuits salés) ?	tb) 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 LATRINI 01 A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES 02 A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03 A JETÉ AUX ORDURES 04 A ENTERRÉ 05 A LAISSÉ À L'AIR LIBRE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT 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 MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
708	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
709	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
710	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN <input type="checkbox"/> HOMME SEULEMENT UNE FOIS ↓ a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN <input type="checkbox"/> HOMME PLUS D'UNE FOIS ↓ b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 712
711	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À	
712	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.			
713	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 731	
713A	Quel âge avait votre partenaire?	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
713B	Aviez-vous utilisé un préservatif (masculin ou féminin)?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
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 IL Y A DES SEMAINES 2 IL Y A DES MOIS 3 IL Y A DES ANNÉES 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
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 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A JOURS . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
724	VÉRIFIEZ 106: ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/>	ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/>	→ 727
725	VÉRIFIEZ 701: PAS 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 <input type="checkbox"/> NON POSÉE	→ 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.	PROTEC 01 FAGAROU 02 VISA 03 MANIX 04 PRESA 05 KAMA SUTRA 06 PROTEX 07 INNOTEX 08 CASANOVA 09 INTIMY 10 CONTEX 11 STAR 12 TROJAM 13 FEMIDON 14 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 GOUV. 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. 12</p> <p>POSTE SANTÉ 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE 15</p> <p>CASE DE SANTÉ 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE 18</p> <p>AUTRE PUBLIC 19</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21</p> <p>PRIVÉ 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>DISPENSARE RELIG 25</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ 26</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>ÉGLISE 32</p> <p>PARENTS/AMIS 33</p> <p>BAR 34</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
730A	<p>Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs ? (ex: lors d'une campagne d'information, dans un centre d'accueil ou un établissement de santé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
731	<p>PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION</p>	<p>OUI NON</p> <p>ENFANTS <10 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES 1 2</p>	

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 ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 807 → 813 → 811				
805	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? ENCEINTE <input type="checkbox"/> b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 ANNÉES 2 BIENTÔT/MAINTENANT..... 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINT... 994 APRÈS LE MARIAGE..... 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> → 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/ UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>PAS D'AUTRE/ AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES</p>	<p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINT E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDROI N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGN P</p> <p>TROP CHER Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></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 VIVANTS <input type="checkbox"/> AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</p>	<p>AUCUN 00</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 815</p> <p>→ 815</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 align="center">GARÇONS FILLES PEU IMPORTE</p> <p>NOMBRE .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
815	Au cours des derniers mois, avez-vous : a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ?	OUI NON a) RADIO 1 2 b) TÉLÉVISION 1 2 c) JOURNAL OU MAGAZINE 1 2 d) TÉLÉPHONE PORTABLE 1 2	
816	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de la planification familiale lors des campagnes Moytou Neff?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
817	VÉRIFIEZ 701: OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE 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'ENQUÊTÉI 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'ENQUÊTÉI 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 <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 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 (1)	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 MOYEN 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 906
905 (1)	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 PRÈS 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 SEULEMEN 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 SEULEMEN 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 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1101	<p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu ? 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.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1108															
1102	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre personnel de santé ?</p> <p>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.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1108															
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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																
1108	<p>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:</p> <p>a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>d) Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table> <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																
1108A	<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>	→ 1108C															
1108B	A quel âge ce problème a commencé ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 1201															
1108C	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																

SECTION 12. EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1201	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 1203
1202	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	→ 1301
1203	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI 1 NON 2	→ 1209
1204	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1206
1205	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1206	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1207	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
1208	Qui a procédé à votre excision ?	EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL 16 (PRÉCISEZ)	
1209	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 : A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> NÉE EN 2002 OU PLUS TARD ↓ N'A AUCUNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> NÉE EN 2002 OU PLUS TARD		→ 1216

	<p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2001 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES . COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 6 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1210	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2001 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(1^{ère} FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(2^e FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3^e FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>
1211	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 1211 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 1211 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 1211 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)</p>
1212	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
1213	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?</p> <p>INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
1214	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p>EXCISEUSE TRADITION... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12</p> <p>AUTRE TRAD. 16</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>EXCISEUSE TRADITION... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12</p> <p>AUTRE TRAD. 16</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>EXCISEUSE TRADITION... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12</p> <p>AUTRE TRAD. 16</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
1215		<p>RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.</p>	<p>RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.</p>	<p>RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.</p>
1216	<p>Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?</p>		<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1217	<p>Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?</p>		<p>CONTINUER 1</p> <p>ABANDONNER 2</p> <p>CELA DÉPEND 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 14 DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
1401	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : TOUT ENFANT DE 0-4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1500																
1402	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : SÉLECTIONNEZ L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 0-4 VIVANT AVEC SA MÈRE ET ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE. NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q. 212 _____ NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q.219 <input type="text"/> <input type="text"/>																		
1403	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur (NOM DE L'ENFANT DE 1402), votre enfant le plus jeune de 0-4 ans vivant avec vous.																		
1404	Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (NOM) ?	AUCUN 00 NOMBRE DE LIVRES D'ENFANT <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> DIX LIVRES OU PLUS 10																	
1405	Je voudrais savoir quels objets (NOM) utilise pour jouer quand il/elle est à la maison. Est-ce qu'il/elle joue avec : a) Des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison) ? b) Des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ? c) Objets du ménage (comme des bassines, casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ? SI L'ENQUÊTÉ(E) DIT "OUI" À UNE DES CATÉGORIES CI-DESSUS, INSISTEZ POUR SAVOIR PRÉCISÉMENT AVEC QUOI L'ENFANT JOUE POUR ÊTRE SÛR DE LA RÉPONSE.	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) JOUETS FABRIQUÉ À LA MAISON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) JOUETS DE MAGASIN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) OBJETS DU MÉNAGE OU OBJETS DU DEHORS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) JOUETS FABRIQUÉ À LA MAISON	1	2	8	b) JOUETS DE MAGASIN	1	2	8	c) OBJETS DU MÉNAGE OU OBJETS DU DEHORS	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) JOUETS FABRIQUÉ À LA MAISON	1	2	8																
b) JOUETS DE MAGASIN	1	2	8																
c) OBJETS DU MÉNAGE OU OBJETS DU DEHORS	1	2	8																
1406	Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants. Au cours de la semaine passée, combien de jours (NOM) a-t-il/elle été : a) Laissez seul(e) pendant plus d'une heure ? b) Laissez à la garde d'un autre enfant c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans, pendant plus d'une SI 'JAMAIS', INSCRIRE '0'. SI 'NE SAIT PAS', INSCRIRE '8'	a) NOMBRE DE JOURS LAISSÉ SEUL PENDANT PLUS D'UNE HEURE <input type="text"/> b) NOMBRE DE JOURS LAISSÉ AVEC UN ENFANT PENDANT PLUS D'UNE HEURE <input type="text"/>																	
1407	VÉRIFIEZ 217 : L'ÂGE DE L'ENFANT ENFANT DE 0, 1, OU 2 ANS <input type="checkbox"/> ENFANT DE 3 OU 4 ANS <input type="checkbox"/>		→ 1409																
1408	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : TOUT ENFANT DE 3-4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1500																

1408A	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : SÉLECTIONNEZ L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ET ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LA LIGNE. NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.212 _____ NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.219 <input type="text"/> <input type="text"/>																																				
1409	(NOM) suit-il/elle un programme d'apprentissage éducatif ou une classe d'éveil, dans un établissement public ou privé, y compris un jardin d'enfants ou une garderie communautaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1410	Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (NOM) à l'une des activités suivantes : SI OUI, DEMANDEZ : Qui a participé à cette activité avec (NOM) ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. a) Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (NOM) ? b) Raconter des histoires a (NOM) ? c) Chanter des chansons a (NOM) ou avec (NOM), y compris des berceuses ? d) Emmener (NOM) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ? e) Jouer avec (NOM) ? f) Nommer, compter, et/ou dessiner des choses pour ou avec (NOM) ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>MÈRE</th> <th>PÈRE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERS SON NE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LIRE DES LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>b) RANCONTER DES HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>c) CHANTER DES CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>d) PROMENER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>e) JOUER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>f) NOMMER/ COMPTER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MÈRE	PÈRE	AUTRE	PERS SON NE	a) LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y	b) RANCONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y	c) CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y	d) PROMENER	A	B	X	Y	e) JOUER	A	B	X	Y	f) NOMMER/ COMPTER	A	B	X	Y
	MÈRE	PÈRE	AUTRE	PERS SON NE																																	
a) LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y																																	
b) RANCONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y																																	
c) CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y																																	
d) PROMENER	A	B	X	Y																																	
e) JOUER	A	B	X	Y																																	
f) NOMMER/ COMPTER	A	B	X	Y																																	
1411	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant. Est-ce que (NOM) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1412	Est-ce que (NOM) peut lire au moins quatre mots simples, courants ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1413	Est-ce que (NOM) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1414	Est-ce que (NOM) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1415	Est-ce que (NOM) est parfois trop malade pour jouer ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1416	Est-ce que (NOM) est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1417	Quand on donne quelque chose à faire a (NOM), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1418	Est-ce que (NOM) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1419	Est-ce que (NOM) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			
1420	Est-ce que (NOM) est facilement distrait ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																			

SECTION 15 VIOLENCE DOMESTIQUE (VD)

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
1500	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ? MÉNAGE SÉLECTIONNÉE POUR CETTE SECTION <input type="checkbox"/> ↓ NON SÉLECTIONNÉE	MÉNAGE <input type="checkbox"/> → NON SÉLECTIONNÉE	1534																								
1501	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ? FEMME SÉLECTIONNÉE POUR CETTE SECTION <input type="checkbox"/> ↓ NON SÉLECTIONNÉE	FEMME <input type="checkbox"/> → NON SÉLECTIONNÉE	1534																								
1502	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ. VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 ↓ IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2 →		1533																								
1502A	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes au Sénégal. 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.																										
1503	VÉRIFIEZ 701 ET 702: 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"/> →		1517																								
1504	Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ? a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ? b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ? c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ? d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ? e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIES	1	2	8	VOIR FAMILLE	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
JALOUX	1	2	8																								
ACCUSE	1	2	8																								
VOIR AMIES	1	2	8																								
VOIR FAMILLE	1	2	8																								
OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																								
1505	Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire). A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) : a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ? b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ? c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS</th> </tr> <tr> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS DERNIERS MOIS</th> <th></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>→ 1</td> <td>2</td> <td>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>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) 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	TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS			SOUVENT	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	TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS																									
		SOUVENT	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																							

1514	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	
1515	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> → MARIÉE SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> → 1517		
1516	A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) . a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) ? b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ? DÉJÀ ARRIVÉ IL Y A 0-11 MOIS IL Y A 12 MOIS OU PLUS NE SE SOUVIENT PAS	
1517	VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ 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 ? b) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1520
1518	Qui vous a agressé de cette façon ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÈRE/ FEMME DU PÈRE A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILLE/FILS D AUTRE PARENT E PETIT AMI ACTUEL F PETIT AMI PRÉCÉDEN G BELLE-MÈRE H BEAU-PÈRE I AUTRE BEAU-PARENT J ENSEIGNANT K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L POLICE/SOLDAT M AUTRE X (PRÉCISEZ)	
1519	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	
1520	VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230: A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 230) <input type="checkbox"/> ↓ N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 1523		
1521	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	OUI 1 NON 2	→ 1523

1522	<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)	
1523	VÉRIFIEZ 701 AND 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ <input type="checkbox"/> VÉCU AVEC UN HOMME ↓	JAMAIS MARIÉE/JAMAIS <input type="checkbox"/> VÉCU AVEC UN HOMME	→ 1523B
1523A	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 ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1524 → 1525A
1523B	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	→ 1527
1524	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)	
1525	VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ <p>a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p>	JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ <p>b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p>	OUI 1 NON 2

1525A	CHECK 1506A (h-j) and 1516A(b): AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' → 1527																
1526	VÉRIFIEZ 701 AND 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS 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 ? 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																
1527	VÉRIFIEZ 1506A (a-j), 1516A (a,b), 1517, 1521, 1523A ET 1523B: AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' → 1531																
1528	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 → 1530																
1529	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 → 1531 RELIGIEUX G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H POLICE I HOMME DE LOI J SERVICE SOCIAL K AUTRE X (SPECIFY)																
1530	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ? OUI 1 NON 2																
1531	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ? OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																
REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.																	
1532	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="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON														
MARI	1	2	3														
AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3														
FEMME ADULTE	1	2	3														
1533	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____ _____																
1534	ENREGISTREZ L'HEURE. HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>																

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

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. (2)

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 DÉSAPOUVE
4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE
5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES
6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ
7 COÛTE TROP CHER
8 PAS PRATIQUE À UTILISER
F FATALISTE
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION
X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

COL. 1 | COL. 2

	12	DEC	01			
	11	NOV	02			
	10	OCT	03			
2	09	SEP	04			2
	08	AOUT	05			
0	07	JUL	06			0
	06	JUIN	07			
1	05	MAI	08			1
	04	AVRIL	09			
8	03	MARS	10			8
	02	FEVRIER	11			
(1)	01	JAN	12			
<hr/>						
	12	DEC	13			
	11	NOV	14			
	10	OCT	15			
2	09	SEP	16			2
	08	AOUT	17			
0	07	JUL	18			0
	06	JUIN	19			
1	05	MAI	20			1
	04	AVRIL	21			
7	03	MARS	22			7
	02	FEVRIER	23			
	01	JAN	24			
<hr/>						
	12	DEC	25			
	11	NOV	26			
	10	OCT	27			
2	09	SEP	28			2
	08	AOUT	29			
0	07	JUL	30			0
	06	JUIN	31			
1	05	MAI	32			1
	04	AVRIL	33			
6	03	MARS	34			6
	02	FEVRIER	35			
	01	JAN	36			
<hr/>						
	12	DEC	37			
	11	NOV	38			
	10	OCT	39			
2	09	SEP	40			2
	08	AOUT	41			
0	07	JUL	42			0
	06	JUIN	43			
1	05	MAI	44			1
	04	AVRIL	45			
5	03	MARS	46			5
	02	FEVRIER	47			
	01	JAN	48			
<hr/>						
	12	DEC	49			
	11	NOV	50			
	10	OCT	51			
2	09	SEP	52			2
	08	AOUT	53			
0	07	JUL	54			0
	06	JUIN	55			
1	05	MAI	56			1
	04	AVRIL	57			
4	03	MARS	58			4
	02	FEVRIER	59			
	01	JAN	60			
<hr/>						
	12	DEC	61			
	11	NOV	62			
	10	OCT	63			
2	09	SEP	64			2
	08	AOUT	65			
0	07	JUL	66			0
	06	JUIN	67			
1	05	MAI	68			1
	04	AVRIL	69			
3	03	MARS	70			3
	02	FEVRIER	71			
	01	JAN	72			

(1) On suppose que l'année de la collecte est 2018. Pour la collecte commençant en 2019, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2012 doit être changé en 2013, 2013 doit être changé en 2014, 2014 doit être changé en 2015, 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.