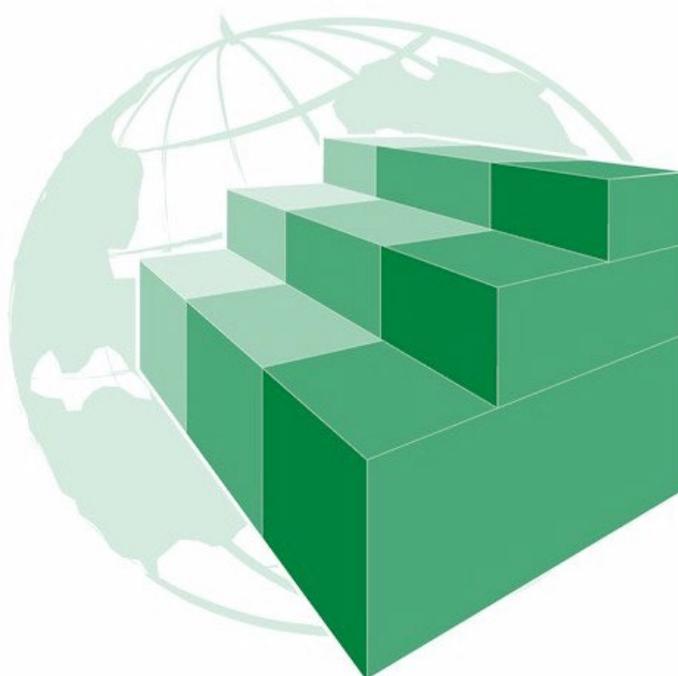


Questionnaire STEPS

Pour les facteurs de risque des MNT



Questionnaire (V1.4)

Données d'identification:

I 1	Code de la région/Cercle/Commune	□ □										
I 2	Centre (Nom du village/Quartier/Fraction):	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □										
I 3	Centre (Code du village/Quartier/Fraction): (Voir Note ci-dessous)	□ □ □										
I 4	Code de l'enquêteur	□ □ □										
I 5	Date de l'entretien (à laquelle le questionnaire a été rempli)	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">□ □</td> <td style="border: none;">/</td> <td style="border: none;">□ □</td> <td style="border: none;">/</td> <td style="border: none;">□ □ □ □</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Jour</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">Mois</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	□ □	/	□ □	/	□ □ □ □	Jour		Mois		Année
□ □	/	□ □	/	□ □ □ □								
Jour		Mois		Année								

Numéro d'identification du répondant □ □ □ □ □ □									
	Consentement / Assentiment								
I 6	Le formulaire de consentement ou d'assentiment a été lu au répondant <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>Oui</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><i>Si Non, le lire</i></td> </tr> </table>	Oui	1			Non	2	<input type="checkbox"/>	<i>Si Non, le lire</i>
Oui	1								
Non	2	<input type="checkbox"/>	<i>Si Non, le lire</i>						
I 7	Le consentement ou l'assentiment a été obtenu (oral ou écrit) <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>Oui</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><i>Si Non, arrêter l'entretien</i></td> </tr> </table>	Oui	1			Non	2	<input type="checkbox"/>	<i>Si Non, arrêter l'entretien</i>
Oui	1								
Non	2	<input type="checkbox"/>	<i>Si Non, arrêter l'entretien</i>						
I 8	Langue de l'entretien [<i>Insérer la langue</i>] <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>Français</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[Langues vernaculaires]</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Français	1		[Langues vernaculaires]	2	<input type="checkbox"/>		
Français	1								
[Langues vernaculaires]	2	<input type="checkbox"/>							
I 9	Moment de l'entretien <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>Matin 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Midi 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soir 3</td> <td></td> </tr> </table>	Matin 1		Midi 2	<input type="checkbox"/>	Soir 3			
Matin 1									
Midi 2	<input type="checkbox"/>								
Soir 3									
I 10	Nom de famille								
I 11	Prénom								

Information supplémentaire pouvant servir

I 12	Numéro de contact téléphonique si possible													
I 13	Spécifier de quel téléphone il s'agit	<table style="margin-left: auto; border: none;"> <tr> <td>Travail</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Domicile</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cellulaire</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres (.....)</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> </table>	Travail	1		Domicile	2		Cellulaire	3	<input type="checkbox"/>	Autres (.....)	4	
Travail	1													
Domicile	2													
Cellulaire	3	<input type="checkbox"/>												
Autres (.....)	4													

Step 1 Module de base – Informations démographiques–

Colonne de Saisie			
C1	Sexe (noter le numéro correspondant)	Homme 1 Femme 2	<input type="checkbox"/>
C2	Quelle est votre date de naissance? <i>Si Ne sait pas, voir Note* ci-dessous et aller à C3</i>	Jour <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C3	Quel âge avez-vous?	Années	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Statut matrimonial	Marié(e) 01	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Célibataire 02	
		Veuf / veuve 03	
		Divorcé(e) 04	
	Remarié(e) 05		
C4	En tout, combien d'années avez-vous passé à l'école ou à suivre une formation à plein temps (sans compter la pré-scolarité)?	Années	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ELARGI: Informations démographiques			
C5	A quel milieu <u>socioculturel</u> appartenez-vous? <i>[groupe ethnique]</i>	[.....]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C6	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous ayez atteint ? [INSERER LES CATEGORIES SPECIFIQUES A CHAQUE PAYS]	Aucune instruction Formelle 0 1 Seulement Alphabétisé 0 2 Moins que l'école primaire 0 3 Premier Cycle 0 4 Second Cycle 0 5 Lycée /Secondaire 0 6 Ecole supérieure/ Université 0 7 Diplôme post-universitaire obtenu 0 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C7	Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre activité professionnelle <u>principale</u> ces douze derniers mois? [INSERER LES CATEGORIES SPECIFIQUES A CHAQUE PAYS] UTILISER LES CARTES	Employé de l'Etat 0 1 Employé dans le privé 0 2 Indépendant (préciser la profession) 0 3 Bénévole 0 4 Scolaire 0 5 Retraité 0 6 Sans emploi 0 7 Invalide 0 8 autres 0 9	Handicap <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C8	Combien de personnes âgées de plus de quinze ans, y compris vous-mêmes, habitent dans votre maison ?	Nombre de personnes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C9	En prenant comme référence l'année passée, pouvez-vous me dire quels ont été les revenus moyens du ménage?	Par semaine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ou par mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ou par année <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aller à la Prochaine Section	

		Refuse	88	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si Refuse, aller à C10
C10	Si vous ne connaissez pas le montant, pouvez-vous donner une estimation du revenu annuel du ménage si je vous lis quelques montants ? [LIRE LES DIFFERENTES OPTIONS] [INSERER LES VALEURS]	< 180000 F CFA	01	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		> Ou = 180000	02		
		Ne sait pas	7		
		Ne se souvient pas	77		
		Refuse	88		

*Note: Règle de codage: Code "Ne Sait Pas" 7 (ou 77 ou 777 selon le contexte).

Step 1 Module de base – Mesures comportementales-

Consommation de tabac (Section S)		
Nous allons maintenant vous poser des questions sur plusieurs comportements relatifs à la santé. Cela inclut des choses comme fumer, boire de l'alcool, manger des fruits et des légumes et effectuer une activité physique. Commençons par le tabac.		
	Réponse	Colonne de Saisie
S 1a	Utilisez-vous actuellement des produits à base de tabac à fumer (cigarettes, cigares ou pipes), à mâcher, à inhaler ou à chiquer? Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
S 1b	<u>Si Oui,</u> Fumez/ chiquez/ mâchez/inhalez-vous quotidiennement ? Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
S 2a	A quel âge avez-vous commencé à fumer /chiquer /mâcher /inhaler quotidiennement? Age (années) Ne se souvient pas 77	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S 2b	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous depuis quand vous avez commencé à fumer /chiquer /mâcher /inhaler r quotidiennement? (CODER 77 POUR NE SAIT PAS OU NE SE SOUVIENT PAS)	Années <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S 3	Quelle quantité des produits suivants fumez /chiquez /mâchez /inhalez vous en moyenne chaque jour? (INSCRIRE LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT) (CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ←	Cigarettes, cigares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feuilles séchées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pipes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poudre de tabac <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres (à préciser): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si Non, aller à l'élargi (page suivante)

Si Non, aller à la prochaine section*

Si Réponse connue, aller à S3

ELARGI: Consommation de tabac			
S 4	Dans le passé, avez-vous déjà fumé/chiqué/mâché/inhalé quotidiennement ?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
S 5a	Si Oui, Quel âge aviez-vous quand vous avez arrêté de à fumer /chiquer /mâcher /inhaler quotidiennement?	Age (années) Ne se souvient pas 77	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S 5b	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous depuis quand vous avez arrêté de à fumer /chiquer /mâcher /inhaler quotidiennement?	Nombre d'années Ou Nombre de mois Ou Nombre de semaines	Années <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S 6a	Consommez-vous actuellement du tabac non fumé sous forme de tabac à priser (inhaler), de tabac à mâcher,!?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
S 6b	Si Oui, En consommez-vous quotidiennement ?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
S 7	En moyenne, combien de fois par jour prenez-vous les produits indiqués ci-contre <i>(INSCRIRE POUR CHAQUE TYPE)</i> <i>(CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tabac à priser (voie orale) Tabac à priser (voie nasale) Tabac à mâcher Autres (préciser)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S 8	Dans le passé, avez-vous déjà pris quotidiennement du tabac non fumé tels que [tabac à priser, tabac à mâcher, feuilles de bétel]?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>

Si Non, aller à S6a

Si Réponse connue, aller à S 6a
Si 77, aller à S 5b

Si Non, aller à S 8

Si Non, aller à S 8

Consommation d'alcool (Section A)			
Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool			
		Réponse	Colonne de Saisie
A 1a	Avez-vous déjà consommé une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre, de l'alcool blanc, bière de mil, du vin de palme, du vin de miel? Les cartes à utiliser : verre, canaris, petite calebasse, louche	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<i>Si Non, Aller à la Section Suivante*</i>			
A 1b	Si oui, en avez-vous consommé ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<i>Si Non, Aller à la Section Suivante*</i>			
A 2	Durant les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu au mois une boisson alcoolisée? Les cartes à utiliser : canaris, petite calebasse, louche	5 jours ou plus/semaine 1 1 à 4 jours / semaine 2 1 à 3 jours /mois 3 Moins d'1 fois / mois 4	<input type="checkbox"/>
A 3	Quand vous buvez de l'alcool, quelle quantité prenez-vous en moyenne par jour ? Les cartes à utiliser : verre, canaris, petite calebasse, louche.	Nombre de verres 77 Nombre de petites calebasses Nombre de louches Ne sait pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A 4	Au cours des 7 derniers jours, combien de demi litre avez-vous pris (quelle que soit la boisson alcoolisée) (CODER 77 POUR NE SAIT PAS)	Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ELARGI: Alcool			
A 5	Au cours des 12 derniers mois, quelle a été le plus grand nombre de ½ litres que vous ayez pris en une seule fois ?	Le plus grand nombre de ½ litre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A 6a	Pour les hommes uniquement: Au cours des 12 derniers mois, sur combien de jours avez-vous eu cinq 1/2 litres ou plus en un seul jour?	Nombre de jours	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A 6b	Pour les femmes seulement: Au cours des 12 derniers mois, sur combien de jours avez-vous eu 4 ½ litres ou plus en un seul jour ?	Nombre de jours	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* Modifier les instructions de saut si les modules élargies ou optionnelles sont ajoutés à la Section Alcool

Hygiène alimentaire (Section D)

Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. J'ai une carte qui montre quelques exemples de fruits et légumes locaux. Chaque dessin correspond à une portion. En répondant à ces questions, pensez à une semaine type de l'année passée.

D 1a	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours consommez-vous des fruits ? <i>UTILISER LES CARTES (Petits fruits :1 unité ; gros fruits : ¼)</i>	Nombre de jours Ne se souvient pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Si aucun jour, aller à D 2a</i>
D 1b	Combien de portions de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées? <i>UTILISER LES CARTES (Petits fruits :1 unité ; gros fruits : ¼)</i>	Nombre de portions Ne se souvient pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D 2a	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours consommez-vous des légumes ? <i>UTILISER LES CARTES (Petits fruits :1 unité ; gros fruits : ¼)</i>	Nombre de jours Ne se souvient pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Si aucun jour, aller à la Section Suivante</i>
D 2b	Combien de portion de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées? <i>UTILISER LES CARTES (Cartes légumes)</i>	Nombre de portions Ne se souvient pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

ELARGI : Hygiène alimentaire

D 3	Quelle sorte de matière grasse (huile, beurre...) utilisez-vous le plus souvent pour la préparation des repas à la maison ? <i>UTILISER LES CARTES EN CHOISIR UN SEUL</i>	Huile végétale	0 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Lard ou graisse	0 2	
		Beurre	0 3	
	<input type="checkbox"/>	Autres	0 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Aucune en particulier	0 6	
		Jamais de matière grasse utilisée dans la préparation des repas	0 7	
		Ne Sait Pas	7 7	

Activité physique (Section P)

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous passez sur différents types d'activités physiques. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.

Pensez tout d'abord au temps que vous consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, des tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser pour de la nourriture, de chercher un emploi. *[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]*

P 1	Est-ce que votre travail s'effectue la plupart du temps en position assise ou debout, sans marcher plus de 10 minutes d'affilée?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Oui, aller à P6
P 2	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques intenses, comme [soulever des charges lourdes, creuser, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES (charretiers, bûcherons, tapeurs de basins, forgerons, vendeuses ambulantes, aides ménagères, dockers, sportifs professionnels,...)	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P4
P 3a	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
P 3b	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures et minutes hrs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : mins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ou en Minutes seulement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pas appliquer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
P 4	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques moyennement intenses, comme une marche rapide ou soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES (Etalagistes et cuisiniers (ères))	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P6
P 5a	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques moyennement intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
P 5b	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques moyennement	En heures et minutes	hrs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : mins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

	intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	Ou en minutes seulement		
			Ou minutes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Ne sait pas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pas appliquer		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P 6	Combien de temps dure habituellement une de vos journées de travail?	Nombre d'heures	hrs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Ne sait pas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pas appliquer		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sans tenir compte des activités que vous avez déjà mentionnées, j'aimerais vous demander comment vous effectuez vos déplacements pour aller au travail, faire des achats, ou pour aller à l'église ou pour aller à la mosquée ou aux réunions [Ajouter d'autres exemples si nécessaire]				
P 7	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ou Pirogues ?	Oui 1 Non 2		<input type="checkbox"/>
				<i>Si Non, aller à P9</i>
P 8a	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Nombre de jours/semaine		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P 8b	Lors d'une journée habituelle, pendant combien de temps vous déplacez-vous à pied ou à vélo Pirogues ?	En heures et minutes	hrs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : mins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Ou en minutes seulement		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Ne sait pas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pas appliquer		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Les questions suivantes concernent les activités que vous effectuez pendant votre temps libre comme par exemple vos loisirs, ou vos activités sportives [insérer les termes appropriés]. Ne tenez pas compte des activités physiques liées à votre travail ou à vos déplacements, déjà mentionnées auparavant.				
P 9	Durant votre temps libre, êtes-vous la plupart du temps en position assise, couchée, ou debout, sans activité physique durant au moins 10 minutes d'affilée?	Oui 1 Non 2		<input type="checkbox"/>
				<i>Si Oui, aller à P14</i>

P 10	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique intense comme courir ou pratiquer un sport nécessitant des efforts, soulever des poids, durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES (porter un enfant, football, natation, gymnastique en salle, jeux de pétanque, faire du vélo)	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
P 11a	Si Oui, Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P 11b	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes hrs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : mins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ou en minutes seulement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pas appliquer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
P 12	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique moyennement intense comme marcher rapidement, nager ou faire du vélo, durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES (porter un enfant, football, natation, gymnastique en salle, jeux de pétanque, faire du vélo)	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
P 13a	Si Oui, Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique moyennement intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine Ne sait pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P 13b	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes hrs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : mins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ou en minutes seulement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pas appliquer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée. En considérant les 7 derniers jours, souvenez-vous du temps passé au travail, à la maison, à vos loisirs, à rendre visite à des amis, à lire, à regarder la télévision, y compris au temps passé assis à un bureau, mais sans inclure le temps passé à dormir.			
P 14	Au cours des 7 derniers jours, combien de temps par jour avez-vous passé en position assise ou couchée en moyenne ?	En heures et minutes hrs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : mins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ou en minutes seulement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Si Non, aller à P 12

Si Non, aller à P 14

ELARGI : Antécédents de la tension artérielle				
H 1	Quand est-ce que votre pression artérielle a été prise pour la dernière fois par un professionnel de la santé ?	Au cours des 12 derniers mois	1	<input type="checkbox"/>
		Entre 1 à 5 années	2	
		Pas ces 5 dernières années	3	
H 2	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou une hypertension?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
H 3	Suivez-vous actuellement les traitements suivants, prescrits par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ?			
H 3a	Médicaments pris ces deux dernières semaines	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
H 3b	Régime spécial prescrit	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
H 3c	Conseil et/ ou traitement pour perdre du poids	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
H 3d	Conseil et/ ou traitement pour arrêter de fumer	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
H 3e	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
H 4a	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour une tension artérielle élevée?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
H 4b	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour hypertension ?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
H4c	Vos parents sont- ils hypertendus ?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
H 5	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre tension artérielle élevée ?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	

Si Non, aller à l'élargi suivant (page suivante)

ELARGI: Antécédents de diabète				
H 6	A-t-on mesuré votre glycémie ces 12 derniers mois?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 7	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a déjà dit que vous avez du diabète?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 8	Suivez-vous actuellement les traitements suivants, prescrits par un professionnel de la santé, pour le diabète ?			
H 8a	Insuline	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 8b	Traitement oral (médicaments) que vous avez pris ces 2 dernières semaines ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 8c	Régime spécial prescrit	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 8d	Conseil et/ ou traitement pour perdre du poids	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 8e	Conseil et/ ou traitement pour arrêter de fumer	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 8f	Conseil et/ pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 8g	Conseil et/ou traitement pour arrêter de boire de l'alcool	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 9	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour le diabète ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
H 10	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre diabète?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>

Si Non, aller à la page suivante (steps 2)

Step 2 Mesures physiques

Poids et taille			Colonne de Saisie
M 1	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 2a & 2b	Code de la toise et du pèse-personne	(2a) taille <input type="text"/> <input type="text"/> (2b) poids <input type="text"/> <input type="text"/>	
M 3	Taille (en centimètres)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 4	Poids <i>Si trop lourd pour le pèse-personne, codez 666.6</i> (en kilogrammes)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 5	(Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ?	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
Tour de taille			
M 6	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 7	Code ID pour la taille		<input type="text"/> <input type="text"/>
M 8	Tour de taille en centimètres: (en centimètres)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si Oui, Sauter
Tour de taille

Pression artérielle			Colonne de Saisie
M 9	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 10	Code ID pour la pression artérielle		<input type="text"/> <input type="text"/>
M 11	Largeur du brassard	Petit 1 Normal 2 Large 3	<input type="text"/>
M 12a	Mesure 1 (prise) Pression artérielle systolique Prendre la TA à 15 minutes d'intervalle, assis ou couchée	Systolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 12b	Pression artérielle diastolique	Diastolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 13a	Mesure 2 Pression artérielle systolique	Systolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 13b	Pression artérielle diastolique	Diastolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 14a	Mesure 3 Pression artérielle systolique	Systolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 14b	Pression artérielle diastolique	Diastolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 15	Au cours des deux dernière semaines, avez-vous suivi un traitement, prescrit par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ?	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>

QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES

M 16	Tour de la hanche	(en centimètres)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Rythme cardiaque (Indiquez si un appareil automatique de pression artérielle est utilisé)			
M 17a	Mesure 1	Battements par minute:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 17b	Mesure 2	Battements par minute:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
M 17c	Mesure 3	Battements par minute:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Step 3 Mesures Biochimiques (il s'agit des examens complémentaires nécessaire pour confirmer les maladies retenues)

Glycémie			Colonne de Saisie
B 1	Au cours des 12 dernières heures, avez-vous bu ou mangé quelque chose, excepté de l'eau?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
B 2	Code ID du technicien		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B 3	Code ID de l'appareil		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B 4	Heure de la prise de sang (0-24 heures)		hrs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : mins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B 5	Glycémie à jeun	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lipides sanguins			
B 6	Code ID du technicien		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B 7	Code ID de l'appareil		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B 8	Cholestérol total	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>