

REPUBLIQUE DU BURUNDI



VICE – MINISTERE CHARGE DE LA PLANIFICATION

INSTITUT DE STATISTIQUES ET D'ETUDES
ECONOMIQUES DU BURUNDI

ISTEEBU

**ENQUETE NATIONALE D'EVALUATION DES CONDITIONS DE VIE
DE L'ENFANT ET DE LA FEMME AU BURUNDI
«ENECEF 2005 - MICS03»**

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

PROVINCE :
COMMUNE :
COLLINE :
SOUS COLLINE / ZD :
MILIEU : (1 = Urbain 2 = Rural)
N° DU MENAGE :
RECODIFICATION : (Réservé à l'Isteebu)

CODE :
CODE :
CODE :
CODE :
CODE :
CODE :
CODE :

NOTE : Les renseignements fournis au moyen du présent questionnaire sont couverts par le secret statistique. Ils ne peuvent en aucune manière être communiqués à une administration fiscale, de contrôle économique ou judiciaire.

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DES MEMBRES DU MENAGE

👉 POUR COMMENCER, S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM ET PRENOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MENAGE. ENREGISTRER LE CHEF DE MENAGE A LA LIGNE 01. ENREGISTRER TOUS LES MEMBRES DU MENAGE (HL2), LEUR RELATION AVEC LE CHEF DE MENAGE (HL3) ET LEUR SEXE (HL4). ENSUITE DEMANDER : Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON ? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ECOLE OU AU TRAVAIL). SI OUI COMPLETER LA LISTE. ENSUITE, POSER LES QUESTIONS EN COMMENÇANT PAR HL5 POUR CHAQUE PERSONNE A LA FOIS. AJOUTER UNE AUTRE FEUILLE S'IL Y A PLUS DE 14 MEMBRES DANS LE MENAGE.

COCHER ICI SI UNE FEUILLE EST UTILISEE.

☐

Identification							Eligible pour :		
							QUESTION - NAIRE FEMMES	MODULES TRAVAIL DES ENFANTS	QUESTIONNAIRE ENFANT MOINS DE 5ANS
HL1. N° de ligne	HL2.Nom et Prénom	HL3.Quel est le lien de parenté de (nom) avec le CM	HL4. Est-il/elle de Sexe masculin ou féminin ?	HL4a. Situation matrimoniale	HL5.A. Précisez la date de naissance (si possible)	HL5. Quel Age avait (nom) à son dernier anniversaire ?	HL6. <i>Encerclez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15 à 49 ans</i>	HL7. <i>Pour chaque enfant âgé de 5-14, qui est la mère ou le principal gardien de cet enfant ?</i>	HL 8.Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans, qui est la mère ou le principal gardien de cet enfant ?
			1. Masculin 2. Féminin	1. Marié(e) 2. Veuf(ve) 3. Divorcé(e) 4. Séparé(e) 5. Célibataire 6. Union libre/ Concubinage	Jour, Mois et année NSP = 98/98	<i>Enregistrer en années révolues</i> 98 =NSP		Enregistrez le Numéro de ligne de la mère / gardien	Enregistrez le Numéro de ligne de la mère / gardien
01		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Codes des liens de parenté

01. Chef de Ménage
02. Femme ou mari
03. Fils ou fille

04. Gendre ou Belle-Fille
05. Petit-fils ou Petite-fille
06. Mère ou père

07. Beau-père ou Belle-mère
08. Frère ou Sœur
09. Beau-frère ou Belle-sœur

10. Oncle ou Tante
11. Neveu ou Nièce par le sang
12. Neveu ou Nièce par mariage

13. Autres parents
14. Enfant adopté ou enfant en garde ou enfant du conjoint

15. sans parenté

98. Ne sait pas

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE (Suite)

N° de ligne	<i>Pour les enfants âgés de 0 à 17 ans, poser les questions HL9-HL12</i>					
	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (<i>NOM</i>) EST TOUJOURS EN VIE ? 1. Oui 2. Non → HL11 8. NSP → HL11	HL10. SI EN VIE EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (<i>NOM</i>) VIT DANS CE MENAGE ? <i>Enregistrer le n° de ligne de la mère pour Oui ou 00 pour Non</i>	HL11. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (<i>NOM</i>) EST TOUJOURS EN VIE ? 1. Oui 2. Non → HL12A 8. NSP → HL12A	HL12. SI EN VIE EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (<i>NOM</i>) VIT DANS CE MENAGE ? <i>Enregistrer le n° de ligne du père pour Oui ou 00 pour Non</i>	HL12.A. SI AU MOINS UN DES PARENTS SURVIT, POURQUOI L'ENFANT NE VIT PAS AVEC LUI ? 1. Parent déplacé/réfugié 2. Enfant abandonné 3. Parent émigré 4. Parent indigent 5. Enfant adopté 6. Parent emprisonné 7. Autre 8. NSP	HL12.B. EST-CE QUE LA MERE ET LE PERE BIOLOGIQUES ETAIENT UNIS PAR UN MARIAGE LEGAL ? 1. Oui 2. Non 8. NSP
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODULE EDUCATION

L'interview a lieu par rapport à l'année scolaire 2005-2006 qui commence.

Pour les membres du ménage de 5 ans et plus (ED1-ED3)					Pour les membres du ménage âgés de 5 à 24 ans (ED4-ED8)						
ED1. N° de ligne	ED1A. NOM	ED2. (NOM) A-T-IL/ ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE?	ED3. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (NOM) A ATTEINT. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (NOM) A ACHEEVEE A CE NIVEAU?		ED4. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE 2005-2006, (NOM) A-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ?	ED5. DEPUIS LE (JOUR DE LA SEMAINE) DERNIER, COMBIEN DE JOURS (NOM) EST-IL/ELLE ALLE/E A L'ECOLE ?	ED6. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST (NOM)?		ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE (2004-2005), (NOM) AVAIT-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ETAIT (NOM)?	
		1. Oui → ED3 2.. Non → Ligne suivante.	Code de Niveau	Code de classe	1.Oui 2.Non → ED7	Enregistrez le nombre de jours dans l'espace ci-dessous	Code de Niveau	Code de classe	1. oui 2. Non → ligne. Suivante 8. NSP → ligne. suivante	Code de Niveau	Code de classe
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CODE DE NIVEAU

- 0 Ecole Maternelle
- 1. Primaire
- 2. Secondaire
- 3. Supérieur
- 6. programme Non Formel
- 8. NSP

CODE DE CLASSE

- 00 Aucune classe achevée (formel ou non)
- 01 1^{ère} Année Primaire
- 02 2^{ème} Année Primaire
- 03 3^{ème} Année Primaire
- 04 4^{ème} Année Primaire
- 05 5^{ème} Année Primaire
- 06 6^{ème} Année Primaire

- 07 7^{ème} = 1^{ère} Année Secondaire
- 08 8^{ème} = 2^{ème} Année Secondaire
- 09 9^{ème} = 3^{ème} Année Secondaire
- 10 10^{ème} = 4^{ème} Année Secondaire
- 11 11^{ème} = 5^{ème} Année Secondaire
- 12 12^{ème} = 6^{ème} Année Secondaire
- 13 13^{ème} = 7^{ème} Année Secondaire

- 14 14^{ème} Année = Dernière Année du Secondaire
- 15 1^{er} Cycle Universitaire
- 16 2^{ème} Cycle Universitaire
- 17 3^{ème} Cycle Universitaire
- 18 Centre d'alphabétisation
- 19 Yaga Mukama/Ecole coranique
- 21 1^{ère} Maternelle/jardin d'enfants

- 22 2^{ème} Maternelle/jardin d'enfants
- 23 3^{ème} Maternelle/jardin d'enfants
- 98 NSP

EDUCATION NON FORMELLE

Pour les personnes ayant déclaré avoir suivi un programme non formel dans le module sur l'éducation (ED3 niveau=6)

ED8A N° de ligne	ED8B.(Nom) A-T-IL/ ELLE BENEFICIE D'UN PROGRAMME D'ALPHABETISATION ?	ED8C. QUELLE EST LA STRUCTURE QUI A ORGANISE CELA? 1. Yagamukama 2.. CEPBU 3. CDF 4. Sur le tas 5. Ecole coranique 6. Autre (préciser)	ED8D. COMBIEN DE TEMPS A DURE CE PROGRAMME? <i>(enregistrez la réponse soit en années, soit en mois(si moins d'1 an) et pas les deux à la fois)</i>		ED8E. A QUAND REMONTE CETTE FORMATION ? <i>(enregistrez l'année de début de la formation)</i>	ED8F. AVEZ-VOUS EU UN CERTIFICAT APRES L'ALPHABETISATION?	ED8G. AVEZ-VOUS BENEFICIE D'UN ACCOMPAGNEMENT POST L'ALPHABETISATION?
	1. Oui → ED8C 2.. Non → Ligne suivante.		En Année	En mois		1. Oui 2.. Non	1. Oui 2.. Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MODULE SUR L'EAU ET LES SANITAIRES

WS1. QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	WS2. QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU QU'UTILISE VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES FINALITES COMME POUR CUISINER ET VOUS LAVER LES MAINS?	WS3. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	WS 4. QUI SE REND HABITUELLEMENT A LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR ALLER CHERCHER DE L'EAU.?	WS 5. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE POUR RENDRE L'EAU PLUS PROPRE AVANT DE LA BOIRE ?	WS 6. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SALUBRE ?	WS 7. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTE LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS? <i>Si « CHASSE D'EAU OU CHASSE MANUELLE », INSISTER : PAR OU PASSENT LES EAUX USEES ?</i>	WS 8. PARTAGEZ-VOUS VOTRE TOILETTE AVEC D'AUTRES MENAGES ?	WS 9 AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES UTILISENT CES TOILETTES
Eau du robinet 11. dans le logement 12. dans la cour/ parcelle 13. Borne fontaine Puits à pompe ou creusé 31. Puits protégée 32. Puits non protégé Eau de Source 41. Source protégée/ (Rusengo) 42. Source non protégée 51. Eau de pluie (sans système de captage) 61. Camion Citerne 71. Charrette avec petit citerne/tonneau 81. Eau de surface (/ Rivière, Ruisseau, Barrage, Lac, Mare, Canal, rigole d'irrigation) 91. Eau en bouteille 96. Autre (à préciser) Si WS=11 ou 12 ➔ WS5 Si WS= de 13 à 81 ➔ WS3 Si WS=96 ➔ WS3.	Eau du robinet 11. dans le logement 12. dans la cour/ parcelle 13. Borne fontaine Puits à pompe ou creusé 31. Puits protégée 32. Puits non protégé Eau de Source 41. Source protégée/ (Rusengo) 42. Source non protégée 51. Eau de pluie (sans système de captage) 61. Camion Citerne 71. Charrette avec petit citerne/tonneau 81. Eau de surface (/ Rivière, Ruisseau, Barrage, Lac, Mare, Canal, rigole d'irrigation) 91. Eau en bouteille 96. Autre (à préciser) Si WS=11 ou 12 ➔ WS5	Nombre de minutes Si Eau sur place : .995 Si Ne sait pas : 998	1. Femme adulte 2. Homme adulte 3. Fille de –15 ans 4. Garçon de –15 ans 8 NSP <i>(Insister, CETTE PERSONNE EST-ELLE AGEE DE MOINS DE 15 ANS ? DE QUEL SEXE ?)</i>	1. Oui 2. Non ➔ WS7 8. NSP ➔ WS7	A. La faire bouillir B. Y Ajouter de l'eau de javel/ Chlore C. La Filtrer à travers un linge D. Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.) E. Désinfection solaire F. Laisser reposer X Autre (préciser) Z. NSP	Chasse d'eau 11. Chasse branchée à l'égout 12. Chasse branchée à une fosse septique 13. Chasse branchée à latrines 14. Chasse branchée à autre chose 15. Chasse branchée à un endroit inconnu/pas sûr/NSP où 21. Latrines améliorées auto aérées (LAA) 22. latrines ouvertes 23. Latrines à fosse/Trou ouvert 31. Toilette à compostage 41. Seaux/tinette 51. Toilettes suspendues /latrines suspendues 95. Pas de toilettes / brousse/champ ➔ Mod. suivant 96. Autre (préciser)	1. Oui 2. Non ➔ Module suivant	Nombre de ménages (moins de 10 Marquez le nombre. 10 ménages ou plus, marquez 10 Si NSP : 98
<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>	A B C D E F X Z	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

MODULE SUR LES CARACTERISTIQUES DU MENAGE

HC1A QUELLE EST LA RELIGION DU CM	HC1B QUELLE EST LA LANGUE MATERNELLE/ NATALE DU CM	HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES (CHAMBRES) UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR?		HC3. PRINCIPAL MATERIEL DU SOL DU LOGEMENT <i>ENREGISTRER L'OBSERVATION</i>	HC4. PRINCIPAL MATERIEL DU TOIT <i>ENREGISTRER L'OBSERVATION</i>	HC5. PRINCIPAL MATERIEL DES MURS DE LA MAISON DU MENAGE	HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?	HC6A. SI VOUS UTILISEZ LE BOIS DE CHAUFFAGE, QUI VA SOUVENT LE CHERCHER ?	HC7. DANS CE MENAGE EST-CE QUE VOUS CUISEZ SUR UN FEU A CIEL OUVERT, UN FOUR OUVERT OU UN FOUR FERME ?
1. Catholique 2. Protestant 3. Musulman 6. Autre (préciser) 7. Pas de religion	1. Kirundi 2. Swahili 3. Africaine 6. Autre langue (préciser)	Nombre de pièces dans la maison HC2A	Pièces utilisées pour dormir HC2	Matériau naturel. 11. Terre/sable 12. Bouse Matériau rudimentaire 21. Planche en Bois 22. Palmes/ bambou Matériau fini 31. Parquet ou Bois ciré 32. Vinyle ou asphalte 33. Carrelage 34. Ciment 35. Moquette 36. Pierre taillée 96. Autre (préciser)	Matériau naturel. 11. Pas de toiture 12. Chaume/ feuille de palmier ou bananier 13. herbe Matériau rudimentaire 21. Natte 22. Palme/bambou 23. Planche de bois Matériau fini 31. Métal/Tôle 32. Bois 33. Zinc/ Fibre de ciment 34. Tuile 35. Ciment 36. Shingles 96. Autre (préciser)	Matériau naturel. 11. Pas de mur 12. cannes/ palmes/ troncs 13. Motte de terre Matériau rudimentaire 21. bambou avec boue 22. Pierre avec boue 23. Brique adobe non recouvert 24. Contre plaqué 25. carton 26. Bois de récupération 27. Pisé couvert 28. Pisé non couvert Matériau fini 31. Ciment 32. Pierre avec chaux/ciment (crépissée) 33. Briques cuites 34. Bloc ciment 35. Brique adobe recouvert (crépissée) 36. Planche de bois /shingles 96. Autre (préciser)	01. Electricité 02. Gaz propane liquéfié (GPL) 03. Gaz naturel 04. Biogaz 05. Kérosène 06. charbon/ lignite 07. Charbon de bois 08. Bois 09. Pailles/ Branchage/ herbe 10. Bouse 11. Résidus agricoles 96. Autre (préciser) Si 01,02, 03 et 04 ➔HC8 Si 08 ➔HC6A	1. une femme adulte 2. un homme adulte 3. une jeune fille (moins de 15ans) 4. un jeune garçon (moins de 15 ans) 6. autre (à préciser)	1. Feu à ciel ouvert 2. Four ouvert 3. Four fermé ➔HC8 6. Autre (préciser) ➔HC8
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HC7A. EST-CE QUE LE FEU/FOUR A UNE CHEMINEE OU UNE HOTTE?	HC8. EST-CE QUE LA CUISINE EST GENERALEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPRE OU A L'EXTERIEUR ?	HC9. EST-CE LE MENAGE DISPOSE-T-IL DE CES EQUIPEMENTS ? 1. oui 2. Non		HC10. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE : 1. oui 2. Non	
		L'ELECTRICITE ?	<input type="text"/>	UNE MONTRE ?	<input type="text"/>
		LA RADIO ?	<input type="text"/>	UN BICYCLETTE ?	<input type="text"/>
		LA TELEVISION ?	<input type="text"/>	UNE MOTOCYCLETTE/SCOUTER ?	<input type="text"/>
1. Oui 2. Non	1. Dans la maison 2. dans un bâtiment séparée 3. à l'extérieur 6. Autre (préciser)	UN TELEPHONE MOBILE ?	<input type="text"/>	UNE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL ?	<input type="text"/>
		UN TELEPHONE FIXE ?	<input type="text"/>	UNE VOITURE OU UN CAMION ?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	UN REFRIGERATEUR ?	<input type="text"/>	UN BATEAU A MOTEUR ?	<input type="text"/>

MODULE SUR DES CARACTERISTIQUES COMPLEMENTAIRES DU MENAGE

HC11. EST-CE QUE UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE CULTIVEE ?	HC12. COMBIEN D'ARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS	HC13. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, UN TROUPEAU OU DES ANIMAUX DE FERME ?	HC14. LESQUELS DES ANIMAUX SUIVANTS ET COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ?	HC14A. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE LES BIENS REPRIS CI-DESSOUS ET COMBIEN ?
1. Oui 2. Non → HC13	Nombre d'ares Si plus de 997 ares, enregistrez 997 Si NSP mettez 998	1. Oui 2. Non → HC14a.	A. Gros Bétail B. Vaches laitières ou taureaux C. Chèvres D. Moutons E. Poules F. Lapins Si aucun, mettez 00 Si plus de 97, mettez 97 Si inconnu, mettez 98	A. Tables B Chaises C Armoire D. Machine à coudre Si aucun, mettez 00 Si plus de 97, mettez 97 Si inconnu, mettez 98
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A B C D E F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A B C D

MODULE SUR LES MOUSTIQUAIRES TRAITEES AUX INSETIIDES (ITN)

TN1. DANS VOTRE MENAGE, AVEZ-VOUS DES MOUSTIQUAIRE POUR DORMIR ,	TN2. COMBIEN EN AVEZ-VOUS ?	TN3. EST-CE QUE LA MOUSTIQUAIRE QUE VOUS UTILISEZ EST OUI OU NON DE LA MARQUE SUIVANTE :	TN5. QUAND VOUS AVEZ OBTENU LES RECENTES MOUSTIQUAIRES, ETAIENT-ELLES TRAITEES ?	TN6. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS POSSEDEZ-VOUS LES RECENTES MOUSTIQUAIRES ?	TN7. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LES MOUSTIQUAIRES, LES AVEZ-VOUS FAIT TRAITER AU MOINS UNE FOIS ?	TN8. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE VOUS AVEZ FAIT TRAITER VOS MOUSTIQUAIRES ?
1. Oui 2. Non	Nombre	A. COTEBU C. Olyset D. Permanet E. Autre marque F. Marque inconnue	1. Oui 2. Non 8. NSP	Nombre de mois 95 Si plus de 24 mois 98 Si pas sûr de la durée	1. Oui 2. Non → Module suivant 8. NSP → Module suivant	Nombre de mois 95 Si plus de 24 mois 98 Si pas sûr de la durée 00 Si moins de 1 mois
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A C D E F	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

MODULE SUR LE TRAVAIL DES ENFANTS

Les questions de ce module doivent être posées à la mère/gardienne de chaque enfant dans le ménage âgé de 5 à 14 ans. Pour les membres du ménage de moins de 5 ans ou plus de 14 ans, laisser les lignes en blanc. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAIL QUE LES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE ONT PU FAIRE.

CL1. N° DE LIGNE DE L'ENFANT (= HL1)	CL 3. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE, (NOM) A- T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? Si OUI, ETAIT-IL/ELLE PAYE EN ARGENT OU EN NATURE ?	CL 4. SI OUI: DEPUIS LE (JOUR DE LA SEMAINE) COMBIEN D'HEURES A-T-IL /ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ?	CL 5. AU COURS DE L'ANNEE PASSEE, (NOM) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? Si OUI, ETAIT-IL/ELLE PAYE EN ARGENT OU EN NATURE ?	CL 5.A. QUELLE ETAIT LA NATURE DE CETTE ACTIVITE ?	CL 6. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE, (NOM) A-T-IL/ELLE AIDE AUX TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, FAIRE LA CUISINE, NETTOYER ET CHERCHER DU BOIS ET DE L'EAU OU GARDER LES ENFANTS ?	CL 7. SI OUI: DEPUIS LE (JOUR DE LA SEMAINE) COMBIEN D'HEURES A-T-IL /ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS ?	CL 8. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE, (NOM) A-T-IL/ELLE FAIT D'AUTRES TRAVAUX POUR LA FAMILLE (DANS UNE FERME OU UN COMMERCE, OU VENDRE DES MARCHANDISES DANS LA RUE?)	CL 9. SI OUI: DEPUIS LE (JOUR DE LA SEMAINE) DERNIER COMBIEN D'HEURES A- T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL ?
	1. Oui, payé (en nature ou en argent) 2. Oui, non payé 3. Non → CL.5	Nombre d'heures	1. Oui payé 2. Oui non payé 3. Non → CL6	Voir Codes des activités	1. Oui 2. Non → CL.8	Nombre d'heures	1. Oui 2. Non → ligne suivante.	Nombre d'heures
___	___	___	___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___	___	___	___

CODES DES ACTIVITES STRUCTUREES

01. Agriculture avec culture d'export.
02. Agriculture sans culture d'export.
03. Elevage
04. Pêche
05. Activités extractives
06. Activité de fabrication industrielle
07. Activité de fabrication artisanale
08. Production et Distrib. Eau et Electr
09. Construction

10. Commerce
11. Réparation de véhicules/moto ou appareils domestiques
12. Transport, Entreposage et Communications
13. Intermédiation financière (Banques)
14. Immobilier, Location et Activités de service aux Entreprises
15. Administration Publique et Défense
16. Education

17. Santé et Action Sociale
18. Autres activités de services collectifs sociaux et personnels
19. Organismes Extraterritoriaux

CODES ACTIVITES NON STRCTUREES

20. Petit commerce/ambulant
21. Vendre de la bière locale
22. Maçonnerie
23. Menuiserie
24. Charpentier
25. Potier
26. Vannier
27. Meunier
28. Forgeron
29. Tailleur
30. Cordonnier
31. Tricoter
32. Coiffeur
33. Tradipraticien
34. Accoucheuse traditionnelle
35. Elevage traditionnel

36. Pêche artisanale
37. Domestique/bonne /yaya

QUESTIONNAIRE DE LA FEMME

Ce module doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne HL6 de la feuille d'enregistrement du ménage). Remplir une ligne pour chaque femme éligible.

Les réponses des questions WM9 à WM12 (référez-vous au panneau d'information sur les membres du ménage questionnaire ménage),

[illegible]

MODULE SUR LA MORTALITE DES ENFANTS

Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les questions concernent seulement les naissances VIVANTES.

N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL1</i>	CM1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A DES ENFANTS? Si « NON », INSISTER EN DEMANDANT : <i>JE VEUX DIRE, AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN ENFANT QUI A RESPIRE OU CRIE OU A MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A SURVECU QUE QUELQUES MINUTES OU HEURES ??</i>	CM2.A. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ? JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI L'ENFANT A UN PERE AUTRE QUE VOTRE PARTENAIRE ACTUEL. <i>PASSER A CM3 SEULEMENT SI L'ANNEE DE NAISSANCE DU PREMIER ENFANT EST CONNUE. AUTREMENT, CONTINUER AVEC CM2B.</i>	CM2.B. DEPUIS COMBIEN D'ANNEES AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIERE NAISSANCE ?	CM3. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	CM4. Combien de fils vivent avec vous ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?	CM5. AVEZ- VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	CM6. Combien de fils vivent avec vous ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?
	1. Oui 2. Non → Module suivant	Jour / Mois / Année Si NSP → 98/98/9998 → CM2B	Nombre d'année	1. Oui 2. Non	Garçons Filles Si 0 enfant → CM7	1. Oui 2. Non	Garçons Filles Si 0 enfant → CM7
					G F		G F
					G F		G F
					G F		G F
					G F		G F

N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL1</i>	CM 7. AVEZ- VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?.	CM8. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES?	CM9. FAIRE LA SOMME DES REPONSES A CM4, CM6, ET CM8.	CM10. JE VOUDRAIS ETRE SUR D'AVOIR BIEN COMPRI : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (NOMBRE TOTAL) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?	CM 11. DE TOUTES CES (NOMBRE TOTAL) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ VOUS EU LA DERNIERE (MEME SI IL/ELLE DECEDE(E) ?	CM12. VERIFIER CM11 EST-CE QUE LA FEMME A EU SA DERNIERE NAISSANCE AU COURS DES 2 DERNIERES ANNEES, C'EST A DIRE, DEPUIS (JOUR ET MOIS DE L'INTERVIEW EN 2003)?	CM13. AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT (NOM), EST-E QUE VOUS LE VOULIEZ A E MOMENT-LA, OU BIEN VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD OU BIEN VOULIEZ- VOUS NE PLUS JAMAIS AVOIR D'ENFANT ?	CM13A. AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT (NOM), EST-E QUE VOTRE PARTENAIRE LE VOULIEZ A CE MOMENT-LA, OU BIEN VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD OU BIEN VOULIEZ-VOUS NE PLUS JAMAIS AVOIR D'ENFANT ?
	1. Oui 2. Non	Nombre de : Garçons Filles		1. Oui→CM11 2. Non	Date de la dernière naissance Jour / Mois / Année	1. Oui 2. Non→Module mariage	1. A ce moment-là 2. Plus tard 3. Ne plus/ ne pas avoir d'enfant	1. A ce moment-là 2. Plus tard 3. Ne plus/ ne pas avoir d'enfant
1	1	G 1 F 1	1	1	1 1 1 1 1 1 1 1	1	1	1
2	1	G 1 F 1	1	1	1 1 1 1 1 1 1 1	1	1	1
3	1	G 1 F 1	1	1	1 1 1 1 1 1 1 1	1	1	1
4	1	G 1 F 1	1	1	1 1 1 1 1 1 1 1	1	1	1

MODULE SUR L'ANATOXINE TETANIQUE (TT)

☛ Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'enquête.

N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>Voir HL1</i>	TT1. AVEZ-VOUS UNE CARTE OU UN AUTRE DOCUMENT OU SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS ?	TT2. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ VOUS REÇU UNE INJECTION POUR LUI EVITER DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE (UNE PIQURE ANTITETANIQUE, UNE INJECTION EN HAUT DU BRAS OU DE L'ÉPAULE) ?	TT3. SI OUI, DURANT VOTRE DERNIERE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION ANTI-TETANOS?	TT4. COMBIEN DE DOSES DE TT ONT ETE ENREGISTREES A TT3?	TT5. AVEZ-VOUS REÇU N'IMPORTE QUAND AVANT VOTRE DERNIERE GROSSESSE, UNE INJECTION CONTRE LE TETANOS ?	TT6. COMBIEN DE FOIS AVEZ- VOUS EU CETTE INJECTION?	TT7. EN QUEL MOIS ET EN QUELLE ANNEE AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE, AVEZ- VOUS REÇU LA DERNIERE INJECTION ? <i>PASSER AU MODULE SUIVANT SEULEMENT SI L'ANNEE DE L'INJECTION EST CONNE. AUTREMENT CONTINUER AVEC TT8</i>	TT8. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTI-TETANOS AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE?
	1. Oui carte vue 2. Oui, carte pas vue 3. Non 8. NSP <i>S'il y a une carte il faut l'utiliser pour aider avec les réponses aux questions suivantes</i>	1. Oui 2. Non → TT5 8. NSP → TT5	Le nombre de fois NSP = 98. → TT5	<input type="checkbox"/> <i>Au moins deux injections durant la dernière grossesse. ⇨ Passer au module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>Moins de deux injections durant la dernière grossesse. ⇨ Continuer avec TT5</i>	1. Oui 2. Non → Module suivant 8. NSP → Module suivant	Nombre de fois	NSP → 98/9998	Nombre d'années
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL 1</i>	MN5. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	MN6. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	MN6A. DURANT CETTE GROSSESSE AVEZ- VOUS PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER LE PALUDISME ?	MN6B. QUEL ETAIT CE MEDICAMENT ?	MN6E. AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS SUR L'IMPORTANCE DU DEPISTAGE DU VIH/SIDA CHEZ VOTRE PARTENAIRE ? MN6F. AVEZ-VOUS ENCOURAGER VOTRE PARTENAIRE A SE FAIRE DEPISTER ? MN6G. SI OUI, EST-CE QU'IL A EFFECTUE LE TEST MN6H JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS DU TEST DE VOTRE PARTENAIRE, MAIS EST-CE QUE VOUS LES AVEZ PARTAGES?				MN7. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT ? QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</i>	MN8. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE LE DERNIER ENFANT ? <i>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</i>
	1. Oui 2. Non → MN7 8. NSP → MN7	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. SP/ fansidar 2. Amodiaquine 3. Quinine 4. Aritésunate 5. autre	MN6E 1.Oui 2. Non 8.NSP	MN6F 1.Oui 2. Non 8.NSP	MN6G 1.Oui 2. Non 8.NSP	MN6H 1.Oui 2. Non 8.NSP	Professionnel de santé A. Médecin B. Infirmière / Sage femme C. sage femme auxiliaire (Aide. Accoucheuse) Autres personnes F . Accoucheuse traditionnelle G. Agent communautaire H. Parenté / Amie X. Autre (préciser) Y .Personne → MN7	11. A la maison (votre domicile) 12. Autre domicile 13. en cours de route 21. Hôpital Public 22 Clinique/ CS public 26. Autre Public 31 Hôpital privé 32. CS privé 33 maternités privées 34. CS agréé (géré par confessions religieuses) 36. Autre médical privé (préciser) ----- 96 Autre (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"/>	<input type="checkbox"/>	A B C F G H X Y	<input type="checkbox"/> <i>endroit -----</i>
<input type="checkbox"/>	<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 B C F G H X Y	<input type="checkbox"/> <i>endroit -----</i>
<input type="checkbox"/>	<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 B C F G H X Y	<input type="checkbox"/> <i>endroit -----</i>
<input type="checkbox"/>	<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 B C F G H X Y	<input type="checkbox"/> <i>endroit -----</i>

N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL1</i>	MN8A LORS DU DERNIER ACCOUCH EMENT DE (<i>NOM</i>), EST- QUE L'ACCOUC HEMENT ETAIT EUTOCIQ UE (NORMAL) OU DYSTOCIQ UE.	MN8B COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE ?	MN8C. AU CAS OU LE DERNIER ACCOUCHEMENT DE (<i>NOM</i>) A EU LIEU DANS UNE STRUCTURE SANITAIRE (CENTRE DE SANTÉ OU HOPITAL VOIR MN8), COMMENT ETES-VOUS ARRIVÉE AU CENTRE DE SANTÉ ET/OU A L'HOPITAL DE REFERENCE	MN8D AU CAS OU LE DERNIER ACCOUCHEMENT DE (<i>NOM</i>) A EU LIEU EN DEHORS D'UNE STRUCTURE SANITAIRE, POURQUOI AVEZ-VOUS ACCOUCHE A DOMICILE ? MN12. AVEZ-VOUS ALLAITE (NOM)?	MN9. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (NOM) EST NE(E), ETAIT- IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE , MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE , OU TRES PETIT ?	MN10 (<i>NOM</i>) A- T-IL/ELLE ETE PESE(E) A LA NAISSANC E ?	MN11. COMBIEN (<i>NOM</i>) PESAIT- IL/ELLE ? <i>ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE</i>		MN12AVEZ -VOUS ALLAITE (<i>NOM</i>) ?	MN13. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (NOM) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? Si MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. Si MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. <i>AUTREMENT, NOTER EN JOURS..</i>	
	1. Accouchement eutocique 2. Accouchement par césarienne 3. Accouchement avec ventouse 4. Accouchement avec forceps	Précisez le montant (en FBU)	1. A pied 2. Civière 3. A vélo 4. Avec une ambulance 5. Véhicule privé 6. Autre (à préciser)	1. Trop cher 2. Insécurité 3. Loin d'une formation sanitaire 4. Mauvaise qualité des services (accueil non chaleureux, absence d'équipement,) 5. Refus du mari 6. Refus de la belle – mère ou autre parenté 7. Autre (à préciser)	1. très gros 2. plus gros que la moyenne, 3. moyen, 4. plus petit que la moyenne, 5. très petit 8. NSP	1. OUI 2. Non → MN 12 8. NSP → MN 12	1. De la carte 2. De mémoire	Poids en kg	1. Oui 2. Non → Module suivant	1. heures 2. jours	Enregistrer le nombre d'heures ou de jours <i>Si immédiatement : 000</i> <i>Si NSP/ne se rappelle pas : 998</i>
____	__	_____	____	____	__	__		__, _____	__	__	_____
____	__	_____	____	____	__	__	__	__, _____	__	__	_____
____	__	_____	____	____	__	__	__	__, _____	__	__	_____
____	__	_____	____	____	__	__	__	__, _____	__	__	_____

MODULE MARIAGE

N° DE LA LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL 1</i>	MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉE ?	MA2. QUEL ÂGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	MA3. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE OU AVEZ- VOUS DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME ?	MA4. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ÊTES- VOUS VEUVE, DIVORCÉE OU SÉPARÉE ?	MA5. AVEZ- VOUS ÉTÉ MARIÉE OU AVEZ-VOUS VÉCU AVEC UN HOMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	MA6. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉE LA <u>PREMIÈRE</u> <u>FOIS</u> , OU AVEZ-VOUS COMMENCÉ À VIVRE LA <u>PREMIÈRE FOIS</u> AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉE ?	MA7. VÉRIFIER MA6: 1. Oui, le mois et l'année de mariage/union sont connus ? ⇨ Passer au Module suivant 2. Non le mois ou l'année de mariage/union n'est pas connu(e) ? ⇨ Continuer avec MA8	MA8. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?
	1. Oui actuellement mariée 2. Oui, vit avec un homme 3. Non, pas en union (ou jamais mariée) → MA3	Âge en années révolues → MA5 Si NSP : 98 → MA5	1. Oui, a été mariée 2. Oui, a vécu avec un homme 3. Non → module suivant	1. Veuve 2. Divorcée 3. Séparée	1. 1 fois 2. Plus d'une fois	Mois/Année NSP. 98 /9998		Âge en années révolues
<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>

MODULE SUR L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Le module s'adresse à toutes les femmes âgées de 15-49 ans.

. N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL 1</i>	CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE – ET VOTRE SANTÉ REPRODUCTIVE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?	CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFÉRENTS MOYENS OU MÉTHODES POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE MÉTHODE POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ?	CP3. QUELLE MÉTHODE UTILISEZ-VOUS ? <i>NE SUGGÉREZ PAS.</i> SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, ENCERCLER TOUS LES CODES DES MÉTHODES CITÉES. A. Stérilisation féminine E. Injections I. Diaphragme M. Retrait B. Stérilisation masculine F. Implants J. Mousse/gelée/Spermicide X. Autre (préciser) ... C. Pilule G. Condom / capote K. Méthode d'allaitement et de l'aménorrhée (MAMA) D. DIU H. CONDOM FÉMININ L. ABSTINENCE PÉRIODIQUE														
	1. Oui actuellement enceinte → CP3I 2. Non 8. Pas sûre ou ne sait pas	1. Oui 2. Non → module suivant	<i>Pour les méthodes contraceptives modernes, montrer les échantillons ou utiliser une affiche des méthodes contraceptives</i>														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	X	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	X	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	X	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	X	<input type="text"/>

MODULE SUR L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION (SUITE)

N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL1</i>	CP3B. SI VOUS UTILISEZ LA METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE, QUELLE EST LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT	CP3C. SI LA FEMME UTILISE OU A UTILISE UNE METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE, EST – CE QUE LE PRESTATAIRE OU L'AGENT COMMUNAUTAIRE VOUS A EXPLIQUEE LES AVANTAGES DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES, LES AVANTAGES DE LA METHODE CHOISIE, SES MODES D'ACTION, SES MODES D'EMPLOI ET LES EFFETS SECONDAIRES ?	CP3D. SI OUI, DEMANDER DES PRECISIONS SUR LES INFORMATIONS REÇUES ET INSCRIRE LA BONNE REPONSE	CP3E. SI LA FEMME UTILISE UNE METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE, QUI VOUS A INFORME SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES ?
	11. Hôpital gouvernemental 12. Clinique gouv./Centre de santé gouv. 13. Autre public (<i>à préciser</i>) Secteur médical privé 21. Hôpital privé 22. Clinique privée 23. Maternité privée 24. Centre de santé agréé (géré par les confessions religieuses) 31. Agent de santé communautaire 36. Autre (<i>à préciser</i>)	1. Oui 2. Non → CP3E	Si oui, informations sur : 1. les avantages de la méthode choisie 2. ses modes d'action 3. ses modes d'emploi 4. les effets secondaires	-Professionnel de la santé : A. Médecin B. Infirmière/sage-femme C Sage-femme auxiliaire - Autre personne : F. Accoucheuse traditionnelle G. Agent de santé communautaire H. Parenté / Amie - Média : I. Radio J. Télévision K. Journaux X. Autre (<i>à préciser</i>) Y. Personne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL1</i>	CP3F. MAINTENANT J'AI QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS DU TOUT ?	CP3G. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT APTE A ETRE EN ETAT DE GROSSESSE EN CE MOMENT ?	CP3I. <i>SI ACTUELLEMENT ENCEINTE</i> : APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU VOUDRIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'AUTRES ENFANTS DU TOUT ?	CP3J. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE (D'UN AUTRE) ENFANT ?
	1. Avoir (un autre) enfant → CP3H 2. Pas d'autre du tout/Aucun → personne suivante 3. Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte → personne suivante	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Avoir (un autre) enfant 2. Pas d'autre du tout/Aucun 3. C'est Dieu qui décide 4. C'est le mari qui décide 8. Indécise	1. Mois 2. Années 993. Bientôt/ maintenant 994. Elle ne peut pas tomber enceinte 995. Après le mariage 996. Autre (préciser) 998. NSP <i>Indiquer le nombre de mois ou d'années</i> Autre réponse Mois Année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

MODULE SUR LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE

N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL1</i>	VBG2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DES VIOLENCES SUBIES PAR LES FEMMES/FILLES ?	VBG3. CONNAISSEZ-VOUS DANS VOTRE ENTOURAGE LES CAS DE VIOLENCES SUBIES PAR LES FEMMES/FILLES ? SI OUI, LES QUELLES? <i>ENCERCLER LES LETTRES CORRESPONDANT AUX FORMES DE VIOLENCES ENUMEREES PAR CHAQUE FEMME</i>		VBG4. AU CAS OU UNE PERSONNE EST VIOLEE, QUE LUI CONSEILLERIEZ –VOUS DE FAIRE DANS L'IMMEDIAT ?	VBG5. QUELLES SONT LES CAUSES DES VIOLENCES SUBIES PAR LES FEMMES <i>ENCERCLEZ LA LETTRE CORRESPONDANT A LA MODALITE EVOQUEE.</i>	
	1. Oui 2. Non → Module. suivant	1. Oui 2. Non 8. NSP	A. Les coups et blessures B. Viols C. Mariage forcé D. Harcèlement sexuel E. Grossesse forcée ; F. Avortement forcé G. privation des biens H. privation des libertés I. violences psychologiques	1. consulter un personnel médical (médecin, infirmier,...) 2. Porter plainte 3. se confier à quelqu'un 4. se venger 5. Rien	A. consommation abusive d'alcool B. consommation de drogues C. manque de respect pour le genre féminin D. domination de l'homme sur la femme E. pauvreté F. détérioration des mœurs G. « kwidelibera » H. autres (préciser	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H I	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H I	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H I	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H I	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H	

MODULE SUR LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE (SUITE)

N° DE LIGNE DE LA FEMME <i>VOIR HL1</i>	VBG7. . VOUS –MEME, AVEZ-VOUS SUBIE DES VIOLENCES ? SI OUI, LES QUELLES?		VBG8. QUELLE EST L'ACTION QUE VOUS AVEZ ENTREPRISE ?
	1. Oui 2. Non 8. NSP	A. Les coups et blessures B. Viols C. Mariage forcé D. Harcèlement sexuel E. Grossesse forcée ; F. Avortement forcé G. privation des biens H. privation des libertés I. violences psychologiques	1. consulter un personnel médical (médecin, infirmier,...) 2. Porter plainte 3. se confier à quelqu'un 4. se venger 5. Rien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H I	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H I	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H I	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E F G H I	<input type="checkbox"/>

👉 Reprenez les mêmes codes d'identification des femmes 15 – 49 ans mentionnées au module précédent. Référez-vous au guide de l'enquêteur à toutes fins utiles.

[illegible]

[illegible]

VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. Avant de continuer l'interview, faites tout votre possible pour vous trouver en privé

[illegible]

MODULE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL (Femmes de 15-24 ans suite)

SB6A. N° DE LA LIGNE DE LA FEMME		<i>Voir HL1</i>																																																					
SB7. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UN AUTRE HOMME, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?								SB8. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CET HOMME ? SI L'HOMME EST 'PETIT AMI' OU 'FIANCE', DEMANDER : SB8A. VOTRE PETIT AMI/ FIANCE VIVAIT-IL AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI? <i>Si 'Oui', enregistrer 1. Si 'Non', enregistrer 2</i>								SB9. QUEL EST L'AGE DE CETTE PERSONNE? SI LA REPONSE EST NSP, INSISTER : A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?								SB10. MIS A PART CES DEUX HOMMES, AVEZ-VOUS DES RELATIONS SEXUELLES AVEC QUELQU'UN D'AUTRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?								SB11. EN TOUT, AVEC COMBIEN D'HOMMES DIFFERENTS AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?																							
								1. Oui 2. Non								1. mari/ partenaire cohabitant → SB10 2. petit ami/fiancé 3. C'est un autre ami 3 4. C'est une rencontre occasionnelle 4 5. C'est un enseignant/professeur/administratif 6. autre (préciser)								SB8A. 1. Oui 2. Non								Enregistrer l'âge du partenaire 98. NSP								1. Oui 2. Non → personne suivante ou module suivant								Nombre de partenaires							

MODULE SUR LA MORTALITE MATERNELLE

[illegible]

MODULE ADDITIONNEL SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL (Hommes de 15-24 ans)

VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. Avant de continuer l'interview, faites tout votre possible pour vous trouver en privé

SBM0A. N° DE LA LIGNE DE L'HOMME VOIR HL 1	SBM0. VERIFIER L'ÂGE DE L'ENQUETE ENTRE 15 ET 24 ANS ? SI AGE 15-24. → CONTINUER AVEC SBM1	SB1A. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE FAMILIALE ? L'INFORMATION QUE VOUS FOURNISSEZ RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIELLE QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS PREMIERS RAPPORTS SEXUELS (SI VOUS EN AVEZ-EUS) ?	SB2A. IL Y A COMBIEN DE TEMPS QUE VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? ENREGISTRER EN 'NOMBRE D'ANNEES' SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA REPONSE DOIT ETRE ENREGISTREE EN ANNEES SI 4. NOMBRE D'ANNEE → PERSONNE SUIVANTE OU MODULE SUIVANT.		SB3A. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	SB4. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC LA FEMME AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? SB4AA. SI LA FEMME EST 'PETITE AMIE' OU 'FIANCEE', DEMANDER : VOTRE PETITE AMIE/ FIANCEE VIVAIT-ELLE AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC ELLE? Si 'Oui', ENREGISTRER 1. Si 'Non', ENREGISTRER 2.?		SB5A. QUEL EST L'ÂGE DE CETTE PERSONNE? SI LA REPONSE EST NSP, INSISTER : A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	SB6A. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC QUELQU'UN D'AUTRE ?
		Age en année 00. N'a jamais eu d'activité sexuelle → <i>personne suivante ou module suivant</i> → 00 95. 1ère fois en commençant à vivre avec (1ère) femme/partenaire → 95	1. Nombre de jours 2. Nombre de semaines 3. Nombre de mois 4. Nombre d'années	<i>Indiquer le nombre dans les cases ci dessous</i>	1. Oui 2. Non	1. épouse/ partenaire cohabitant → SB6A 2. petite amie/fiancée 3. C'est une autre amie 4. C'est une rencontre occasionnelle 5. C'est une enseignante/professeur/administrative 6. autre (préciser)	SB4AA. 1. Oui 2. Non	Enregistrer l'âge du partenaire 98. NSP	1. Oui 2. Non → <i>personne suivante ou module suivant</i>
___		___	___	___	___	___	___	___	___
___		___	___	___	___	___	___	___	___
___		___	___	___	___	___	___	___	___
___		___	___	___	___	___	___	___	___
___		___	___	___	___	___	___	___	___

MODULE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL (Hommes de 15-24 ans suite)

SB6AA.	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE FEMME, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE FEMME ? SI LA FEMME EST 'PETITE AMIE' OU 'FIANCEE,' DEMANDER : SB8AA. VOTRE PETITE AMIE/ FIANCEE VIVAIT-ELLE AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC ELLE? Si 'Oui', enregistrer 1. Si 'Non', enregistrer 2		SB9. QUEL EST L'AGE DE CETTE PERSONNE? SI LA REPONSE EST NSP, INSISTER : A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	SB10. MIS A PART CES DEUX FEMMES, AVEZ-VOUS DES RELATIONS SEXUELLES AVEC QUELQU'UNE D'AUTRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	SB11. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE FEMMES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?
Voir HL1	1. Oui 2. Non	1. épouse/ partenaire cohabitant ➔ SB10A 2. petite amie/fiancée 3. C'est une autre amie 3 4. C'est une rencontre occasionnelle 4 5. C'est une enseignante/professeur/administrative 6. autre (préciser)	SB8AA. 1. Oui 2. Non	Enregistrer l'âge du partenaire 98. NSP	1. Oui 2. Non ➔ personne suivante ou module suivant	Nombre de partenaires

QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Le questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les gardiennes (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE.

N° DE LIGNE DE L'ENFANT <i>Voir HL1</i>	N° DE LIGNE DE LA MERE/ GARDIENNE	UF9. RESULTAT DES INTERVIEWS DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS 2. Rempli 2. Pas à la maison 3. Refusé 4. Rempli partiellement 5. Incapacité 6. Autres (préciser)	BR1 (Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?	BR2. LA NAISSANCE DE (NOM) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/ DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (NOM) N'A PAS ETE ENREGISTREE ?	BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT	BR5. VERIFIER L'AGE DE L'ENFANT (QUESTION UF11 : ENFANT AGE DE 3 OU 4 ANS 2. OUI. ⇒ CONTINUER AVEC BR6 2. NON. ⇒ PASSER A BR8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 6 _____	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 6 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 6 _____	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 6 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 6 _____	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 6 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 6 _____	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 6 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les enfants âgés de 3 ans et plus

N° DE LIGNE DE L'ENFANT VoIR HL 1	BR6. (NOM) FREQUENTE-T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'ÉDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?	BR7. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (NOM) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT?	BR8. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE AGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (NOM) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (NOM) BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (NOM) BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (NOM) BR8D. EMMENER (NOM) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE BR8E. JOUER AVEC (NOM) BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (NOM) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER					
	1. Oui 2. Non → BR8 8. NSP → BR8	Nombre d'heures	BR8A A. Mère B. Père X. Autre Y. Personne	BR8B A. Mère B. Père X. Autre Y. Personne	BR8C A. Mère B. Père X. Autre Y. Personne	BR8D A. Mère B. Père X. Autre Y. Personne	BR8E A. Mère B. Père X. Autre Y. Personne	BR8F A. Mère B. Père X. Autre Y. Personne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y

MODULE SUR LES SOINS DES MALADIES

[illegible]

MODULE SUR LES SOINS DES MALADIES (suite)

N° DE LIGNE DE L'ENFAN T	N° DE LIGNE DE LA MERE/ GARDIENN E DE L'ENFANT	CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU AU NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?	CA8. AVEZ- VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	CA9. . OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ?		
		1. Problème dans la poitrine 2.Nez bouché→ CA12 3. Les deux 6. Autre → CA12 8. NSP <div>Si 6 précisez</div>	1. Oui 2. Non→ CA10 8. NSP→ CA10	QUELQUE PART AILLEURS ENCERCLER TOUS LES PRESTATAIRES MENTIONNES, MAIS NE FAITES PAS DE SUGGESTIONS. S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.		
				Formations sanitaires publiques A. Hôpital gouvernemental B. CS gouvernemental C. Poste de santé gouvernemental D. Agent Communautaire E. Clinique mobile/communautaire H. Autre service public	Formations sanitaires privées I. Hôpital/ clinique privé J. Médecin privé K. Pharmacie L. Clinique mobile O. Autre médical privé	Autres sources de soins P. Parenté/amis Q. Magasin/marché R. Guérisseur traditionnel (Tradi-praticien) X. Autre (préciser)
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	A B C D E H_____ I J K L O_____ P Q R X_____		
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	A B C D E H_____ I J K L O_____ P Q R X_____		
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	A B C D E H_____ I J K L O_____ P Q R X_____		
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	A B C D E H_____ I J K L O_____ P Q R X_____		

MODULE SUR LES SOINS DES MALADIES (suite)

N° DE LIGNE DE L'ENFANT T VOIR HL1	CA10. . EST-CE QUE (NOM) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	CA11. QUEL MEDICAMENT(NOM) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>ENCERCLER TOUS LES MEDICAMENTS MENTIONNES.</i>	CA12. <i>Vérifier UF11:</i> <i>L'enfant est-il âgé de moins de 3 ans ?</i>	Pour tout enfant âgé de – 3 ans CA13. LA DERNIERE FOIS QUE (NOM) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?	CA14 PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ? <i>Poser, à chaque mère ou gardienne d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</i> <i>Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire.</i> <i>Encercler tous les symptômes mentionnés.</i> <i>Mais NE lui faites PAS de suggestions</i>
	1. Oui 2. Non → CA12 8. NSP → CA12	A. Traitement antibiotique P. Paracétamol/panadol.Acetaminophen Q. Aspirine R. Ibuprophen X. Autre (préciser) Z. NSP	Oui Non <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à CA14	01. L'enfant utilise les toilettes/ latrines 02. jetées dans les toilettes/latrines 03. jetées dans les égouts ou fossé 04. jetées avec les ordures ménagères 05. enterrées 06. laissées à l'air libre 96. Autre (préciser) 98. NSP	A. L'enfant ne peut pas boire ou téter B. L'enfant devient de plus en plus malade C. L'enfant développe une fièvre D. L'enfant a une respiration rapide E. L'enfant a des difficultés à respirer F. L'enfant a du sang dans les selles G. L'enfant boit difficilement X. Autre (à préciser) Y. Autre (à préciser) Z. Autre (à préciser)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A P Q R X _____ Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 96	A B C D E F G X _____ Y _____ Z _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A P Q R X _____ Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 96	A B C D E F G X _____ Y _____ Z _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A P Q R X _____ Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 96	A B C D E F G X _____ Y _____ Z _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A P Q R X _____ Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 96	A B C D E F G X _____ Y _____ Z _____

MODULE SUR LA VACCINATION

Si une carte de vaccination est disponible, copier dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.

N° LIGNE DE L'ENFANT <i>VOIR HL 1</i>	N° DE LA MERE/ GARDIE NNE	IM1. Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (NOM)?	IM2. A QUELLE DATE A-T-IL / ELLE REÇU LE VACCIN BCG?	IM3.A. POLIO A LA NAISSANCE VPO0?	IM3.B. POLIO1 VPO1?	IM3.C POLIO2 VPO2?	IM3.D. POLIO 3 VPO3?
		1. Oui, vue 2. Oui, pas vue → IM10 3. Non → IM10	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.

MODULE SUR LA VACCINATION (suite)

N° LIGNE DE L'ENFANT <i>VOIR HL 1</i>	IM4.A.. DTCoQ1	IM4.B. DTCoQ2	IM4.C. DTCoQ3	IM5.A.DTC HEP+HIB ₁ OU PENTAVALENT1	IM5.B. DTC HEP+HIB ₂ OU PENTAVALENT2	IM5.C. DTC HEP+HIB ₃ OU PENTAVALENT3
	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.

MODULE SUR LA VACCINATION (suite)

N° LIGNE DE L'ENFANT <i>VOIR HL 1</i>	IM6. A-T-IL / ELLE VACCINE CONTRE LA ROUGEOLE ?	IM7. A-T-IL / ELLE VACCINE CONTRE LA FIEVRE JAUNE?	IM8A. A-T-IL / ELLE REÇU LA VITAMINE A1 ?	IM8B. A-T-IL / ELLE REÇU LA VITAMINE A2 ?	IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION (<i>JNV</i> AJOUTER DATE RECENTE) <i>ENREGISTRER 'Oui' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, VPO 0-3, DTC00 1-3, HEPATITE B 1-3, ROUGEOLE, VACCIN DE FIEVRE JAUNE, OU DES SUPPLEMENTS DE VITAMINE A. (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ENREGISTRER '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANTE AU JOUR EN IM2 A IM8B)</i>	IM10. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?
	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	1. Oui → IM19 2. Non → IM19 8. NSP → IM19	1. Oui 2. Non → IM19 8. NSP → IM19
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODULE SUR LA VACCINATION (suite)

N° LIGNE DE L'ENFANT <i>VOIR HL 1</i>	IM11. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE QUI LAISSE, GÉNÉRALEMENT, UNE CICATRICE?	IM12. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A REÇU UNE « VACCINATION SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ, JUSTE APRÈS LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?
	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Oui 2. Non → IM15 8. NSP → IM15	1. Juste après la naissance (dans les 2 semaines) 2. Plus tard	Nombre de fois
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MODULE SUR LA VACCINATION (suite)

[illegible]

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

N° DE LIGNE DE L'ENFANT <i>VOIR HL1</i>	ML1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A- DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	ML2. EST-CE- QUE (<i>nom</i>) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	ML3. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A- T-IL/ELLE PRIS ? <i>ENCERCLER LES CODES DE TOUS LES MEDICAMENTS MENTIONNES.</i>	ML5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	ML6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	ML7. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>ENCERCLER LES CODES DE TOUS LES MEDICAMENTS DONNES. DEMANDER A VOIR LE MEDICAMENT SI LE TYPE DE MEDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MEDICAMENT NE PEUT ETRE DETERMINE, MONTRER DES ANTIPALUDEENS A L'ENQUETEE.</i>
	1. Oui 2. Non → ML10 8. NSP → ML10	1. Oui 2. Non → ML6 8. NSP → ML6	1. Oui 2. Non → ML5 8. NSP → ML5	Antipaludéens A.SP/Fansidhar B. chloroquine C.Amodiaquine D. Quinine E. Combinaison Artémisine H. Autre (à préciser) Autres médicaments P.Paracetamol/Panadol Q. Aspirine R.Ibuprofen X.Autre (à préciser) Z.NSP	1. Oui → ML7 2. Non → ML8 8. NSP. → ML8	1. Oui 2. Non → ML8 8. NSP → ML8	Antipaludéens A.SP/Fansidhar B.Chloroquine C.Amodiaquine D. Quinine E. Combinaison Artémisine H. Autre (à préciser) Autres médicaments P.Paracetamol/Panadol Q. Aspirine R.Ibuprofen X.Autre (à préciser) Z.NSP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D E H Q R X _____ Z	<input type="text"/>		A B C D E H Q R X _____ Z
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D E H Q R X _____ Z	<input type="text"/>		A B C D E H Q R X _____ Z
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D E H Q R X _____ Z	<input type="text"/>		A B C D E H Q R X _____ Z
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D E H Q R X _____ Z	<input type="text"/>		A B C D E H Q R X _____ Z
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A B C D E H Q R X _____ Z	<input type="text"/>		A B C D E H Q R X _____ Z

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (suite)

N° DE LIGNE DE L'ENFANT <i>VOIR HL 1</i>	ML8. VERIFIER ML4 ET ML7: ANTIPALUDEES MENTIONNES (CODES A-H)?	ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (<i>nom</i>) A-T-IL COMMENCE A PRENDRE (<i>nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7</i>) ? S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés. Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.	ML10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	ML11. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LA MOUSTIQUAIRE ? Si moins de 1 mois, écrire '00'. Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.	ML12. QUELLE EST LA MARQUE DE CETTE MOUSTIQUAIRE ? Si l'ENQUETEE NE CONNAIT PAS LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE, MONTRER DES IMAGES SUR CARTE, OU SI POSSIBLE OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE.	ML13. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE , ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?	ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (ES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPÉE(S) OU PLONGÉE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?	ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ? Si moins de 1 mois, écrire '00'. Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard
	1. Oui. ⇨ Continuer avec ML9 2. No. ⇨ Passer à ML10	0. Même jour 1. Le jour suivant 2. 2 jours après la fièvre 3. 3 jours après la fièvre 4. 4 jours ou plus après la fièvre. 8. NSP	1. Oui 2. Non → Mod Suiv ; 8. NSP → Mod. Suiv.	Nombre de mois 95. Plus de 24 mois 98. Pas sûre	Moustiquaire permanente 11. Marque A 12 Marque B Moustiquaire imprégnée 21 Marque C 22. Marque D Autre moustiquaire 31. Marque E 32. Marque F 36. Autre (à préciser) 98. NSP	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Oui 2. Non → Mod. Suiv. 8. NSP → Mod. Suiv	Nombre de mois 95 Si plus de 24 mois 98 Si pas sûre du temps
___	___	___	___	___	___ _____	___	___	___
___	___	___	___	___	___ _____	___	___	___
___	___	___	___	___	___ _____	___	___	___
___	___	___	___	___	___ _____	___	___	___
___	___	___	___	___	___ _____	___	___	___