

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSG-III 2019-21)
QUESTIONNAIRE FEMME

RÉPUBLIQUE GABONAISE
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES
ET DES SOLIDARITÉS NATIONALES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA STATISTIQUE
(DGS)

IDENTIFICATION				
NOM DE LA PROVINCE _____				
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
MILIEU (URBAIN = 1, RURAL = 2)				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE				
NUMÉRO DU MÉNAGE				
RÉSIDENCE (LIBREVILLE = 1, PORT-GENTIL = 2, AUTRE VILLE = 3, RURAL = 4)				
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON)				
FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LA SECTION VIOLENCE DOMESTIQUE ? (1=OUI, 2=NON)				
(LAISSEZ CASE EN BLANC SI MÉNAGE PAS SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME)				
VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
				MOIS
NOM DE L'ENQUÊTRICE				ANNÉE
RÉSULTAT*				No
				ENQUÊT
				RÉSULTAT*
PROCHAINE DATE VISITE				NOMBRE TOTAL DE VISITES
HEURE				
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ PRÉCISEZ _____				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** 0 1 LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS	LANGUE DE L'INTERVIEW** _____	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** _____	TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) _____	
**CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 04 SHIRA-PUNU 07 AUTRE GABON 02 FANG 05 MBEDE-TEKE 96 AUTRE 03 NZEBI-DUMA 06 MYENE				
CHEF D'ÉQUIPE/ÉDITRICE/ÉDITEUR TERRAIN _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> NOM NUMÉRO </div>				

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille avec la Direction Générale de la Statistique. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets au Gabon. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 45 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

Avez-vous des questions à me poser ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE
D'ÊTRE INTERVIEWÉE . . 1

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>HEURES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MINUTES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue dans cette localité ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ANNÉES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	
	SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEPUIS TOUJOURS</div> <div>95</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>VISITEUR</div> <div>96</div> </div>	→ 105
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>VILLE</div> <div>01</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>PETITE VILLE</div> <div>02</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ZONE RURALE</div> <div>03</div> </div>	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle province est-ce que vous viviez ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>LIBREVILLE</div> <div>01</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>PORT-GENTIL</div> <div>02</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ESTUAIRE (SANS LIBREVILLE)</div> <div>03</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>HAUT-OGOOUE</div> <div>04</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MOYEN-OGOOUE</div> <div>05</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NGOUNIE</div> <div>06</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NYANGA</div> <div>07</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>OGOOUE MARITIME (SANS PORT-GENTIL) ..</div> <div>08</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>OGOOUE-IVINDO</div> <div>09</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>OGOOUE-LOLO</div> <div>10</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>WOLEU-N'TEM</div> <div>11</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>EN DEHORS DU GABON</div> <div>96</div> </div>	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
106A	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: MÉNAGE <input type="checkbox"/> SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME ↓	MÉNAGE NON <input type="checkbox"/> SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME →	107

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
106B	<p>Au cours de l'interview, je voudrais mesurer votre tension artérielle. Je le ferai trois fois au cours de l'interview. C'est une procédure qui ne comporte aucun danger. On l'effectue pour savoir si une personne a une tension artérielle élevée. Si elle n'est pas traitée, une tension élevée peut endommager sérieusement le cœur.</p> <p>Je vous donnerai les résultats de la mesure de la tension artérielle après l'interview en vous expliquant ce que signifient les chiffres de votre tension artérielle. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous conseillerons de consulter dans un établissement de santé ou de voir un médecin car nous ne pouvons pas effectuer d'autre contrôle ou fournir un traitement au cours de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser sur les mesures de la tension artérielle ?</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non ou vous pouvez aussi décider à n'importe quel moment de ne pas participer à la prise des mesures de la tension artérielle .</p> <p>_____</p> <p>SIGNATURE ENQUÊTRICE DATE</p>	<p>OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1</p> <p>NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2</p>	→ 107												
106C	<p>Avant de commencer à mesurer votre tension artérielle, je voudrais vous poser quelques questions sur des choses qui peuvent affecter ces mesures. Avez-vous fait l'une des choses suivantes dans les 30 dernières minutes :</p> <p>a) Mangé quelque chose ?</p> <p>b) Consommé du café, du thé, de la cola, du kobolo ou bu une autre boisson contenant de la caféine ?</p> <p>c) Fumé du tabac sous n'importe quelle forme ?</p> <p>d) Effectué une activité physique ou des exercices physiques de manière intensive ?</p>	<p align="right">OUI NON</p> <p>a) MANGER 1 2</p> <p>b) CAFEINE 1 2</p> <p>c) FUMER 1 2</p> <p>d) PHYSIQUE 1 2</p>													
106D	<p>Est-ce que je peux commencer à mesurer votre tension artérielle ?</p> <p>REGARDEZ LE BRAS DE L'ENQUÊTÉE ET PRENEZ LE BRASSARD APPROPRIÉ POUR PRENDRE LA TENSION</p>														
106E	<p>PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE.</p> <p>ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON.</p>	<p>SYSTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIASTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>REFUSÉ 994</p> <p>PROBLÈMES TECHNIQUES 995</p> <p>AUTRE 996</p>													
107	<p>Êtes-vous allée à l'école ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 111												
108	<p>Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle/collège enseignement technique, secondaire 2ème cycle/lycée enseignement technique ou supérieur ?</p>	<p>PRIMAIRE 1</p> <p>SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLEGE ENSEIGN.TECHNIQUE 2</p> <p>SECONDAIRE 2ème CYCLE/ LYCEE ENSEIGN.TECHNIQUE 3</p> <p>SUPÉRIEUR 4</p>													

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109	<p>Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
109A	<p>Vous avez achevé au (NIVEAU ENREGISTRÉ À 108) la classe de (CLASSE ENREGISTRÉE À 109) ; avez-vous terminé le programme de cette classe avec succès ?</p> <p>SI NON, DEMANDEZ : Avez-vous suivi le programme jusqu'à la fin de l'année scolaire ? SI LA RÉPONSE EST 'OUI', ENREGISTREZ '2' POUR PROGRAMME TERMINÉ SANS SUCCÈS; SINON '3' PROGRAMME PAS TERMINÉ.</p>	<p>PROGRAMME CLASSE TERMINÉ AVEC SUCCÈS ... 1</p> <p>PROGRAMME CLASSE TERMINÉ SANS SUCCÈS ... 2</p> <p>PROGRAMME CLASSE PAS TERMINÉ 3</p>	
110	<p>VÉRIFIEZ 108:</p> <p>PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE (1er ou 2ème CYCLE) ↓</p> <p>SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> → 113</p>		
111	<p>Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.</p> <p>MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?</p>	<p>NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1</p> <p>PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE 2</p> <p>PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3</p> <p>PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE 4</p> <p>(PRÉCISEZ LA LANGUE)</p> <p>AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5</p>	
112	<p>VÉRIFIEZ 111:</p> <p>CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ENCERCLÉ ↓</p> <p>CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ → 114</p>		
113	<p>Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?</p>	<p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
114	<p>Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?</p>	<p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
115	<p>Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?</p>	<p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
116	<p>Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 → 118</p>	
117	<p>Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
118	<p>Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI 1 NON 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 122
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
122	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANTE 2 EGLISE DE REVEIL 3 AUTRE REL. CHRETIENNE 4 MUSULMANE 5 RELIGION TRADITIONELLE 6 AUTRE RELIGION 7 SANS RELIGION 8	
123	Quelle est votre nationalité ?	GABONAISE 1 CAMEROUNAISE 2 CONGOLAISE (BRAZZA.) 3 CONGOLAISE (KINSHA.) 4 EQUATO-GUINEENNE 5 BENINOISE 6 MALIENNE 7 NIGERIANE 8 SENEGALAISE 9 TOGOLAISE 10 AUTRE AFRIQUE 11 FRANCAISE 12 LIBANAISE 13 AUTRE 16	→ 124
123A	Quelle est votre ethnie ?	FANG 1 KOTA-KELE 2 MBEDE-TEKE 3 MYENE 4 NZABI-DUMA 5 OKANDE-TSOGHO 6 SHIRA-PUNU/VILI 7 PYGMÉE 8 AUTRE 9	
124	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de passer une nuit ou plus ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 126A
125	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
126A	<p>VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE:</p> <p>MÉNAGE SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> POUR ENQUÊTE HOMME</p> <p>MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> POUR ENQUÊTE HOMME</p>		→ 200															
126B	<p>Est-ce que je peux mesurer maintenant votre tension artérielle ?</p> <p>_____ SIGNATURE ENQUÊTRICE _____ DATE</p>	<p>OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1</p> <p>NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2</p>	→ 200															
126C	<p>PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE.</p> <p>ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON.</p>	<p>SYSTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>DIASTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>REFUSE 994</p> <p>PROBLEMES TECHNIQUES 995</p> <p>AUTRE 996</p>																
<p>CODES POUR Q. 109: NIVEAU ET CLASSE</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">NIVEAU</th> <th style="width:20%;">1= PRIMAIRE</th> <th style="width:20%;">2 = SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLEGE ENSEIGN. TECHNIQUE</th> <th style="width:20%;">3 = SECONDAIRE 2ème CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE</th> <th style="width:30%;">4 = SUPÉRIEUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td align="center" colspan="4">00=MOINS D'1 AN ACHÉVÉ</td> </tr> <tr> <td>CLASSE</td> <td>01= 1ÈRE AN./CP1 02=2ÈME AN./CP2 03=3ÈME AN./CE1 04=4ÈME AN./ CE2 05=5ÈME AN./CM1 06=6ÈME AN./CM2</td> <td>01= 6ÈME / 1ÈRE AN. 02=5ÈME / 2ÈME AN. 03=4ÈME / 3ÈME AN. 04=3ÈME / 4ÈME AN.</td> <td>01= SECONDE (2^{ème}) 02=1^{ÈRE} 03=T^{LE}</td> <td>01= 1ÈRE AN. 02=2ÈME AN. 03=3ÈME AN. OU +</td> </tr> </tbody> </table>				NIVEAU	1= PRIMAIRE	2 = SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLEGE ENSEIGN. TECHNIQUE	3 = SECONDAIRE 2ème CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE	4 = SUPÉRIEUR		00=MOINS D'1 AN ACHÉVÉ				CLASSE	01= 1ÈRE AN./CP1 02=2ÈME AN./CP2 03=3ÈME AN./CE1 04=4ÈME AN./ CE2 05=5ÈME AN./CM1 06=6ÈME AN./CM2	01= 6ÈME / 1ÈRE AN. 02=5ÈME / 2ÈME AN. 03=4ÈME / 3ÈME AN. 04=3ÈME / 4ÈME AN.	01= SECONDE (2 ^{ème}) 02=1 ^{ÈRE} 03=T ^{LE}	01= 1ÈRE AN. 02=2ÈME AN. 03=3ÈME AN. OU +
NIVEAU	1= PRIMAIRE	2 = SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLEGE ENSEIGN. TECHNIQUE	3 = SECONDAIRE 2ème CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE	4 = SUPÉRIEUR														
	00=MOINS D'1 AN ACHÉVÉ																	
CLASSE	01= 1ÈRE AN./CP1 02=2ÈME AN./CP2 03=3ÈME AN./CE1 04=4ÈME AN./ CE2 05=5ÈME AN./CM1 06=6ÈME AN./CM2	01= 6ÈME / 1ÈRE AN. 02=5ÈME / 2ÈME AN. 03=4ÈME / 3ÈME AN. 04=3ÈME / 4ÈME AN.	01= SECONDE (2 ^{ème}) 02=1 ^{ÈRE} 03=T ^{LE}	01= 1ÈRE AN. 02=2ÈME AN. 03=3ÈME AN. OU +														

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À				
200	VÉRIFIEZ 106: 15-49 ANS <input type="checkbox"/> 50-64 ANS <input type="checkbox"/>		→ 701				
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206				
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204				
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON b) FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206				
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS b) FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208				
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS b) FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT.						
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓		→ 226				

SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première.
INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES Jumeaux/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE .

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE:	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
<p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE .</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>INSCRIVEZ LE N0 DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>	<p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NO 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	YES 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

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

06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	No LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI (AJOUT. NAIS.) 1 NON (NAIS SUIV.) 2
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	No LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI (AJOUT. NAIS.) 1 NON (NAIS SUIV.) 2
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	No LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI (AJOUT. NAIS.) 1 NON (NAIS SUIV.) 2
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	No LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI (AJOUT. NAIS.) 1 NON (NAIS SUIV.) 2
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	No LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI (AJOUT. NAIS.) 1 NON (NAIS SUIV.) 2

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2	
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←		
224	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2016-2021	NOMBRE DE NAISSANCES: <input type="text"/> AUCUNE 0	→ 226
225	C POUR CHAQUE NAISSANCE DANS 2016-2021, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ.)		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 239
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231A	Combien de grossesses de ce genre avez-vous eues au cours de votre vie ?	TOTAL DE GROSSESSES DE CE GENRE <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À						
238A	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.								
238B	<p>VÉRIFIEZ 231A: NOMBRE TOTAL DE GROSSESSE DE CE GENRE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE SEULE GROSSESSE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Est-ce que cette grossesse s'est terminée par un avortement provoqué, une fausse couche ou un mort-né ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUSIEURS GROSSESSES <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Parmi ces grossesses, combien se sont terminées par un avortement provoqué, par une fausse couche et/ou par un mort né?</p> </div> </div>	<p>AVORTEMENT PROVOQUÉ</p> <p>FAUSSE COUCHE</p> <p>MORT-NÉ</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px; height: 60px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> </div>							
238BA	<p>VÉRIFIEZ 238B:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>→</p> </div> </div>		239						
238C	<p>VÉRIFIEZ 238B: NOMBRE TOTAL D'AVORTEMENT PROVOQUÉ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN SEUL AVORTEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUSIEURS AVORTEMENTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre première grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué ?</p> </div> </div>	<p>AGE EN ANNÉES RÉVOLUES</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> </div>							
238D	<p>VÉRIFIEZ 238B: NOMBRE TOTAL D'AVORTEMENT PROVOQUÉ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN SEUL AVORTEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Quand cet avortement provoqué a-t-il eu lieu ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUSIEURS AVORTEMENTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Quand le dernier avortement provoqué a-t-il eu lieu ?</p> </div> </div>	<p>MOIS</p> <p>ANNÉE</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div>							

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
238E	<p>VÉRIFIEZ 238D:</p> <p>DERNIER AVORTEMENT EN <input type="text"/> DERNIER AVORTEMENT 2015 OU PLUS TOT <input type="text"/></p> <p>JAN. 2016 OU PLUS TARD</p>		238W
238F	<p>VÉRIFIEZ 238B: NOMBRE TOTAL D'AVORTEMENT PROVOQUÉ</p> <p>UN SEUL AVORTEMENT <input type="text"/> PLUSIEURS AVORTEMENTS <input type="text"/></p> <p>a) De combien de mois étiez-vous enceinte quand votre avortement a eu lieu ? b) Nous allons maintenant parlé de votre dernier avortement. De combien de mois étiez-vous enceinte quand votre dernier avortement a eu lieu ?</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
238G	Avez-vous décidé, vous-même, de faire cet avortement, ou avez-vous été poussée ou forcée par quelqu'un d'autre à faire cet (ce dernier) avortement ?	<p>A DÉCIDÉ ELLE-MÊME 1</p> <p>QUELQU'UN AUTRE 2</p>	238I
238H	Qui vous a poussée ou forcée à faire cet (ce dernier) avortement ?	<p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ 1</p> <p>PÈRE DE L'ENQUÊTÉE 2</p> <p>MÈRE DE L'ENQUÊTÉE 3</p> <p>LE MARI/PARTENAIRE 4</p> <p>AMI(E)S 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
238I	Pour quelle raison principale avez-vous (décidé/été poussée ou forcée) de mettre fin à cette grossesse ?	<p>PROBLÈMES DE SANTÉ 1</p> <p>TROP JEUNE POUR AVOIR ENFANT 2</p> <p>TROP ÂGÉE POUR AVOIR ENFANT 3</p> <p>DÉJÀ TROP D'ENFANTS 4</p> <p>NAISS. TROP RAPPROCHÉES 5</p> <p>PEUR DES PARENTS 6</p> <p>MARI/PARTENAIRE NE VOULAIT 7</p> <p>PAS L'ENFANT 8</p> <p>POUR POURSUIVRE SCOLARITÉ 9</p> <p>POUR CONTINUER DE TRAVAILER 10</p> <p>DIFFICULTÉS ÉCONOMIQUES/ MANQUE D'ARGENT 11</p> <p>CAS DE VIOL 12</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
238J	Pouvez-vous me dire quels moyens ou quelles procédures ont été utilisés pour interrompre cette grossesse ?	<p>DILATATION & CURETAGE A</p> <p>ASPIRATION B</p> <p>SONDE C</p> <p>INJECTIONS D</p> <p>COMPRIMÉS E</p> <p>PLANTES/DÉCOCTIONS F</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
238K	Où a eu lieu cet (ce dernier) avortement ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ 11 INFIRMERIE MILITAIRE 12 CENTRE DE SMI 13 DISPENSARE 14 CASE DE SANTÉ 15 SECTEUR PARA-PUBLIC CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS 21 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 32 CABINET SOINS/INFIRMERIE 33 MOUVEMENT GABONAIS POUR DE BIEN ETRE FAMILIAL 34 MAISON PROPRE MAISON 41 CHEZ LE NGANGA/ ACOUCHEUSE TRADITIONNELLE 42 AUTRE MAISON 43 AUTRE ENDROIT _____ 96 (PRÉCISEZ)	
238L	VÉRIFIEZ 238K: LIEU D'AVORTEMENT <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>CODES 11 À 34 OU 42 ENCERCLÉS</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>a) Qui vous a assisté au moment de cet/(ce dernier) avortement ?</p> <p>INSISTER: Quelqu'un d'autre?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>CODES 41, 43 OU 96 ENCERCLÉS</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>b) Est-ce que quelqu'un était présent pour vous aider au moment de cet/(ce dernier) avortement ?</p> <p>SI 'OUI': Qui vous a assisté au moment de cet/(ce dernier) avortement ?</p> <p>INSISTER: Quelqu'un d'autre?</p> </div> </div>	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ GYNECOLOGUE A MÉDECIN B SAGE-FEMME C INFIRMIER/(-IÈRE) ACCOUCHEUSE D INFIRMIER/(-IÈRE) E AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE F FILLE/GARÇON DE SALLE/ BRANCARDIER G AUTRES PERSONNES ACCCOUCHEUSE TRADITIONNELLE H NGANGA/MARABOUT I PARENTS/AMIES J AVORTEUSE/AVORTEUR K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	
238M	Au total, combien a coûté cet (ce dernier) avortement ? SI '999 000' OU PLUS, ENREGISTREZ '999000' SI L'AVORTEMENT 'ETAIT GRATUIT (N'A RIEN COUTÉ), NOTER '000000'.	COUT EN _____ FCFA NE SAIT PAS 999998	
238N	Après cet (ce dernier) avortement, êtes-vous allée en consultation ?	OUI 1 NON 2	→ 238S

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
238O	Qui avez-vous vu en consultation ? INSISTER: Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.	GYNÉCOLOGUE A AUTRE MÉDECIN B SAGE-FEMME C INFIRMIER/(-IÈRE) ACCOUCHEUR D INFIRMIER/(-IÈRE) E MATRONE F ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE G NGANGA H AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
238P	Où êtes-vous allée en consultation ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ 11 INFIRMERIE MILITAIRE 12 CENTRE DE SMI 13 DISPENSAIRE 14 CASE DE SANTÉ 15 SECTEUR PARA-PUBLIC CENTRE MÉDICO-SOCIAL CNSS 21 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 32 CABINET SOINS/INFIRMERIE 33 MOUVEMENT GABONAIS LE BIEN ETRE FAMILIAL 34 MAISON PROPRE MAISON 41 CHEZ LE NGANGA/AVORTEUSE 42 AUTRE MAISON 43 AUTRE ENDROIT _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 238S
238Q	Avez-vous été satisfaite des services que vous avez reçus à (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE Q.238P) au moment de la consultation ?	OUI 1 NON 2	→ 238S
238R	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas été satisfaite ?	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN 1 TROP CHER 2 TEMPS ATTENTE TROP LONG 3 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 4 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 5 MANQUE D'HYGIÈNE 6 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ 7 MANQUE DE PERSONNEL 8 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ 9 MAUVAIS ACCUEIL 10 AUTRE RAISON _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	
238S	À la suite de cet (ce dernier) avortement avez-vous eu des complications, comme, par exemple, des saignements ou une infection ?	OUI 1 NON 2	→ 238U

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
238T	Quelles complications avez-vous eu après cet (ce dernier) avortement ?	SAIGNEMENT A FIÈVRE B DOULEUR AU BAS VENTRE C	
238U	Si vous aviez une autre grossesse que vous ne souhaitez pas, seriez-vous prête à refaire un avortement provoqué ?	OUI 1 NON 2 NE PEUT PLUS TOMBER ENCEINTE 3 NE SAIT PAS 8	
238V	<p>VÉRIFIEZ 238B: NOMBRE TOTAL D'AVORTEMENT PROVOQUÉ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p align="center">UN SEUL AVORTEMENT PROVOQUÉ</p> <p align="center">↓</p> <p>a) En plus de la grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué, avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement qui ont échoué?</p> <p>SI OUI: En plus de la grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué, combien avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement ?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p align="center">PLUSIEURS AVORTEMENTS PROVOQUÉS</p> <p align="center">↓</p> <p>b) En plus des grossesses qui se sont terminées par un avortement provoqué, avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement qui ont échoué ?</p> <p>SI OUI: En plus des grossesses qui se sont terminées par un avortement provoqué, combien avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement ?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>NOMBRE </p> <p>NON 95</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; align-self: center;"> <p>→ 239</p> </div> </div>	
238W	<p>Au cours de votre vie, avez-vous fait des tentatives d'avortement qui ont échoué ?</p> <p>SI OUI: En tout, au cours de votre vie, combien avez-vous fait de tentatives d'avortement?</p>	<p>NOMBRE </p> <p>NON 95</p>	
238X	Si vous aviez une autre grossesse que vous ne souhaitez pas, seriez-vous prête à refaire un avortement provoqué ?	OUI 1 NON 2 NE PEUT PLUS TOMBER ENCEINTE 3 NE SAIT PAS 8	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	<p>VÉRIFIEZ 226:</p> <p align="center"> PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </p> <p align="center">OU PAS SÛRE ↓</p>		→ 312
303	<p>Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 312
304	<p>Quelle méthode utilisez-vous ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE B</p> <p>DIU C</p> <p>INJECTABLES D</p> <p>IMPLANTS E</p> <p>PILULE F</p> <p>PRESERVATIF MASCULIN G</p> <p>PRESERVATIF FÉMININ H</p> <p>PILULE DU LENDEMAIN I</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES J</p> <p>MAMA K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME L</p> <p>RETRAIT M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y</p>	<p>→ 307</p> <p>→ 309</p> <p>→ 306</p> <p>→ 309</p>
305	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.</p>	<p>MICROGYNON 01</p> <p>NICROLET 02</p> <p>STECILIRIL 03</p> <p>ADEPAL 04</p> <p>MINIDRILL 05</p> <p>MICROLUT 06</p> <p>TRINORDIOL COMP. 07</p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	→ 309
306	<p>Quelle est la marque de préservatif que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.</p>	<p>STANDARD GÉNÉRIQUE 01</p> <p>DUREX 02</p> <p>INNOTEX 03</p> <p>MANNIX 04</p> <p>PRUDENCE 05</p> <p>DOMINO 06</p> <p>CAREX 07</p> <p>KAMASUTRA 08</p> <p>FÉMINDO 09</p> <p>KISS 10</p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	→ 309

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DE SANTÉ PUBLIC 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 12</p> <p>CARAVANE MEDICALE 13</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 22</p> <p>CLINIQUE MOBILE 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>ASSOCIATION MGBET 31</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
308	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>													→ 310
309	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>													
310	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309, 215 ET 231: AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308 OU 309</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">OUI <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">RETOURNEZ À 308 OU 309, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).</p>														

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI)

311	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p align="center">ANNÉE EST 2016-2021 </p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION .</p> <p align="center">ENSUITE CONTINUEZ </p> </div> <div style="width: 48%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p align="center">ANNÉE EST 2015 OU PLUS TÔT </p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2016 .</p> <p align="center">ENSUITE (ALLEZ À 324)</p> </div> </div>
312	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>C UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2016. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>
	<div style="width: 22%;"></div> <div style="width: 18%; text-align: center;">COLONNE 1</div> <div style="width: 18%; text-align: center;">COLONNE 2</div> <div style="width: 18%; text-align: center;">COLONNE 3</div> <div style="width: 22%;"></div>
312A	<div style="display: flex;"> <div style="width: 30%;"> <p>MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.</p> </div> <div style="width: 15%;"> <p align="center">MOIS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">ANNÉE <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> </div> <div style="width: 15%;"> <p align="center">MOIS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">ANNÉE <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> </div> <div style="width: 15%;"> <p align="center">MOIS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">ANNÉE <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> </div> </div>
312B	<div style="display: flex;"> <div style="width: 30%;"> <p>Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?</p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 312I) </p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 312I) </p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 312I) </p> </div> </div>
312C	<div style="display: flex;"> <div style="width: 30%;"> <p>Quelle était cette méthode ?</p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>CODE MÉTHODE .. <input style="width: 20px;" type="text"/></p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>CODE MÉTHODE .. <input style="width: 20px;" type="text"/></p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>CODE MÉTHODE .. <input style="width: 20px;" type="text"/></p> </div> </div>
312D	<div style="display: flex;"> <div style="width: 30%;"> <p>Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA</p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 312F) </p> <p>DATE DONNÉE 95</p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 312F) </p> <p>DATE DONNÉE 95</p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 312F) </p> <p>DATE DONNÉE 95</p> </div> </div>

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
313	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE À N'IMPORTE QUEL MOIS		
	AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 315
314	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 326
315	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 PRESERVATIF MASCULIN 07 PRESERVATIF FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT/COÏT INTERROMPU 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 326 → 319 → 327 → 323
316	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ 12 CLINIQUE MOBILE 13 AGENT DE SANTÉ 14 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR ONG/ASSOCIATION BSS MGBET 31 AUTRE SOURCE BOUTIQUE 41 INSTITUTION RELIGIEUSE 42 AMIS/PARENTS 43 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 PRESERVATIF MASCULIN 07 PRESERVATIF FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 323 → 322 → 323

SECTION 3. CONTRACEPTION

[illegible]

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
325	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 12</p> <p>CLINIQUE MOBILE 13</p> <p>AGENT DE SANTÉ 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p align="right">_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p align="right">_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>BSS MGBET 31</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMIS/PARENTS 43</p> <p>AUTRE 96</p> <p align="right">_____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 327</p>
326	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 329</p>
328	<p>Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p align="center">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 401</p>
330	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2016-2021 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AUCUNE NAISSANCE EN 2016-2021 <input type="checkbox"/> </div> <div style="flex-grow: 1; text-align: right;"> → 648 </div> </div>			
402	<p>VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2016-2021. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>				
403	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE Q.212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		
		NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE		
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:	NOM	NOM		
		VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>		
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 408) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ←		
406	<p>VÉRIFIEZ 208:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p> <p>b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ?</p> </div> </div>	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ←		
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/>	MOIS 1 <input type="text"/>		
		ANNÉES 2 <input type="text"/>	ANNÉES 2 <input type="text"/>		
		NE SAIT PAS 998	NE SAIT PAS 998		
408	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 414) ←			
409	<p>Qui avez-vous vu ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>GYNÉCOLOGUE A</p> <p>AUTRE MÉDECIN B</p> <p>SAGE-FEMME C</p> <p>INFIRMIER(E)</p> <p>ACCOUCHEUR(SE) D</p> <p>INFIRMIER(RE) E</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLE F</p> <p>MATRONE G</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>			

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																								
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ D</p> <p>DISPENSARE E</p> <p>CASE DE SANTÉ F</p> <p>CENTRE SMI G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>CENTRE MEDICO SOCIAL I</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																									
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																									
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																									
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous a-t-on pris la tension ?</td> <td>a) TENSION 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</td> <td>b) URINE 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</td> <td>c) SANG 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Vous a-t-on pesée ?</td> <td>d) PESÉE 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Vous a-t-on mesurée ?</td> <td>e) MESUREE 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Avez-vous eu un toucher vaginal ?</td> <td>f) TOUCHER VAG. 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) Vous a-t-on examiné la conjonctive et les muqueuses ?</td> <td>g) CONJONC. 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION 1	2	b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE 1	2	c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG 1	2	d) Vous a-t-on pesée ?	d) PESÉE 1	2	e) Vous a-t-on mesurée ?	e) MESUREE 1	2	f) Avez-vous eu un toucher vaginal ?	f) TOUCHER VAG. 1	2	g) Vous a-t-on examiné la conjonctive et les muqueuses ?	g) CONJONC. 1	2	
	OUI	NON																									
a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION 1	2																									
b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE 1	2																									
c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG 1	2																									
d) Vous a-t-on pesée ?	d) PESÉE 1	2																									
e) Vous a-t-on mesurée ?	e) MESUREE 1	2																									
f) Avez-vous eu un toucher vaginal ?	f) TOUCHER VAG. 1	2																									
g) Vous a-t-on examiné la conjonctive et les muqueuses ?	g) CONJONC. 1	2																									
413A	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de grossesse ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8																									
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 417) ← NE SAIT PAS 8																									
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8																									

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←	
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8	
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
419	VÉRIFIEZ 418: SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ? b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?	IL Y A ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
420	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 422) ← NE SAIT PAS 8	
421	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
422	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar, Maloxine, ou Bimalaril pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ← NE SAIT PAS 8	
424	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar, Maloxine, ou Bimalaril ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
425	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar, Maloxine, ou Bimalaril durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE ÉTABLIS. DE SANTÉ 2 AILLEURS 6	

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

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

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
430	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL .. 21 CENTRE DE SANTÉ .. 22 DISPENSARE .. 23 CASE DE SANTÉ .. 24 CENTRE SMI .. 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA PUBLIC</p> <p>CENTRE MEDICO SOCIAL .. 31</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ .. 41 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL .. 21 CENTRE DE SANTÉ .. 22 DISPENSARE .. 23 CASE DE SANTÉ .. 24 CENTRE SMI .. 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA PUBLIC</p> <p>CENTRE MEDICO SOCIAL .. 31</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ .. 41 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p>																		
431	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>																			
432	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p>																		
433	<p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p>	<p>AVANT 1 APRÈS 2</p>	<p>AVANT 1 APRÈS 2</p>																		
434	<p>Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																		
434A	<p>Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>																		
434B	<p>VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT</p>	<p>CODE 11, 12, OU 96 ENCERCLÉ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> AUTRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> (ALLEZ À 449) ←</p>																			

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
435	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 438) ←													
436	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="901 443 1023 495"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="901 495 1023 546"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="901 546 1023 598"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 998													
437	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ GYNÉCOLOGUE 11 AUTRE MÉDECIN 12 SAGE-FEMME 13 INFIRMIER(E)/INFIRMIER ASSISTANT 14 AUTRE PERSONNEL MATRONE 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)													
438	Je voudrais maintenant vous parler d'examens de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 441) ← NE SAIT PAS 8													
439	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="901 1249 1023 1301"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="901 1301 1023 1352"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="901 1352 1023 1404"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 998													

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
440	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ PÉDÉATRE 11 AUTRE MÉDECIN 12 SAGE-FEMME 13 INFIRMIÈRE /INFIRMIER ASSISTANT 14 AUTRE PERSONNEL MATRONE 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>																			
441	<p>Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 445) ←</p>																			
442	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>																			
443	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ GYNÉCOLOGUE 11 AUTRE MÉDECIN 12 SAGE-FEMME 13 INFIRMIER(E)/INFIRMIER ASSISTANT 14 AUTRE PERSONNEL MATRONE 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>																			

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____									
444	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/CENTRE MÉDICAL 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 22</p> <p>DISPENSARE 23</p> <p>CASE DE SANTÉ 24</p> <p>CENTRE DE SM 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA PUBLIC</p> <p>CENTRE MEDICO SOCIAL . . . 31</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ 41</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>										
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>										
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									
447	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>PÉDÉATRE 11</p> <p>AUTRE MÉDECIN 12</p> <p>SAGE-FEMME 13</p> <p>INFIRMIERE /INFIRMIER ASSISTANT 14</p> <p>PUERICULTRICE 15</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>MATRONE 21</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>										

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
448	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL .. 21</p> <p>CENTRE DE SANTE .. 22</p> <p>DISPENSARE .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARAPUBLIC</p> <p>CENTRE MEDICO SOCIAL .. 31</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ 41</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p>							
449	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 453) ←</p>							
450	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>						
451	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>GYNÉCOLOGUE 11</p> <p>AUTRE MÉDECIN 12</p> <p>SAGE-FEMME 13</p> <p>INFIRMIER(E)/INFIRMIER ASSISTANT 14</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>MATRONE 21</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLE 22</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>							

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
452	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 22</p> <p>DISPENSARE 23</p> <p>CASE DE SANTÉ 24</p> <p>CENTRE DE SMI 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA PUBLIC</p> <p>CENTRE MÉDICO SOCIAL . . . 31</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ 41</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>													
453	<p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>													
454	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES APRÈS</p> <p>NAISSANCE . . 1</p> <p>JOURS APRÈS</p> <p>NAISSANCE . . 2</p> <p>SEMAINES APRÈS</p> <p>NAISSANCE . . 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
455	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>PÉDÉATRE 11</p> <p>AUTRE MÉDECIN 12</p> <p>SAGE-FEMME 13</p> <p>INFIRMIERE /INFIRMIER</p> <p>ASSISTANT 14</p> <p>PUERICULTRICE 15</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>MATRONE 21</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLE 22</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>													

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
456	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 22</p> <p>DISPENSARE 23</p> <p>CASE DE SANTÉ 24</p> <p>CENTRE DE SMI 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC . . 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA PUBLIC</p> <p>CENTRE MÉDICO SOCIAL . . . 31</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ 41</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 46</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	
457	<p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement exclusif ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p> <p>a) CORDON 1 2 8</p> <p>b) TEMP 1 2 8</p> <p>c) SIGNES 1 2 8</p> <p>d) CONSEIL ALLAI- TEMENT . . 1 2 8</p> <p>e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT . . 1 2 8</p>	
458	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	<p>OUI 1</p> <p>_____ (ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2</p> <p>_____ (ALLEZ À 461) ←</p>	
459	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>_____ (ALLEZ À 463) ←</p>
460	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
461	VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	<p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>_____ (ALLEZ À 463) ←</p>	

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 464) ←	
463	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (ALLEZ À 466) ← NON 2	OUI 1 NON 2
464A	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM) ?	ENFANT DÉCÉDÉ 11 PAS DE LAIT 12 LAIT PAS BON/ EMPOISONNÉ 13 PROBLEME DE SANTÉ/ FATIGUE 14 REFUS PÈRE DE L'ENFANT .. 15 REFUS MEMBRE DE LA FAMILLE 16 LAIT ARTIFICIEL DONNÉ PAR PERSONNEL DE SANTÉ .. 17 LAIT ARTIFICIEL CONSEILLÉ PAR PERSONNEL DE SANTÉ 18 ÉSTHÉTIQUE DES SEINS . . . 19 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
465	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 471) ←	
466	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
466A	Pourquoi avez-vous allaité [NOM] ? Autre raison ?	MODE D'ALIMENTATION NATURELLE POUR UN BÉBÉ A MEILLEURE ALIMENTATION POUR UN BÉBÉ B LAIT MATERNEL RICHE EN NUTRIMENTS C CONSEILS DU PERSONNEL DE SANTÉ D CONSEILS DE L'ENTOURAGE (FAMILIAL, ETC.) E ROLE PROTECTEUR DU LAIT MATERNEL CONTRE LES INFECTIONS F RENFORCEMENT DES LIENS AFFECTIFS MÈRE/ENFANT G PROTECTION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE H ROLE PREVENTIF DE L'ALLAITEMENT MATERNEL I EXCLUSIF FACE UNE NOUVELLE GROSSESSE .. J MODE D'ALIMENTATION GRATUIT K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
467	Dans les trois premiers jours après la naissance, est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2	
467A	De la naissance jusqu'à 6 mois, avez-vous donné à [NOM] autre chose en plus du lait maternel ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 467C) ←	
467B	Pourquoi avez-vous donné à (NOM) autre chose en plus du lait maternel ? D'autres choses avant 6 mois ?	REPRISE DU TRAVAIL OU DE L'ÉCOLE A BÉBÉ AVAIT SOIF B PAS ASSEZ DE LAIT C ENFANT GOURMAND OU GLOUTON D CONSEILS DE L'ENTOURAGE (FAMILIAL, ETC.) E CONSEILS DU PERSONNEL DE SANTÉ F INFLUENCE DE LA PUBLICITÉ G AUTRE X _____ (PRÉCISEZ)	
467C	Avez-vous donné le premier lait jaune à (NOM) ?	OUI 1 PASSEZ A 468 ← NON 2	
467D	Pourquoi n'avez-vous pas donné le premier lait jaune à (NOM) ?	MAUVAIS POUR SANTÉ MERE 1 MAUVAIS POUR SANTÉ ENFANT 2 AUTRE 6 _____ (PRÉCISEZ)	
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 471) ←	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 471) ←

SECTION 4. SOINS PRÉ ET POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
469	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
470	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.	RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

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

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																							
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																																																								
508A	<p>INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-VPI (TETRACOQ) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-VPI (TETRACOQ) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-VPI (TETRACOQ) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEP.B (EUVAX) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEP.B (EUVAX) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEP.B (EUVAX) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN FIÈVRE JAUNE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)				VACCIN POLIO ORAL 1				VACCIN POLIO ORAL 2				VACCIN POLIO ORAL 3				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3				DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 1				DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 2				DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 3				DTCoq-VPI (TETRACOQ) 1				DTCoq-VPI (TETRACOQ) 2				DTCoq-VPI (TETRACOQ) 3				HEP.B (EUVAX) 1				HEP.B (EUVAX) 2				HEP.B (EUVAX) 3				VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)				VACCIN ANTIROUGEOLEUX				VACCIN FIÈVRE JAUNE				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																							
BCG																																																																																										
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																										
VACCIN POLIO ORAL 1																																																																																										
VACCIN POLIO ORAL 2																																																																																										
VACCIN POLIO ORAL 3																																																																																										
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																										
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																										
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																										
DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 1																																																																																										
DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 2																																																																																										
DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 3																																																																																										
DTCoq-VPI (TETRACOQ) 1																																																																																										
DTCoq-VPI (TETRACOQ) 2																																																																																										
DTCoq-VPI (TETRACOQ) 3																																																																																										
HEP.B (EUVAX) 1																																																																																										
HEP.B (EUVAX) 2																																																																																										
HEP.B (EUVAX) 3																																																																																										
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)																																																																																										
VACCIN ANTIROUGEOLEUX																																																																																										
VACCIN FIÈVRE JAUNE																																																																																										
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																										
509A	<p>VÉRIFIEZ 508A: 'BCG' À 'FIEVRE JAUNE' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>OUI <input type="checkbox"/> → 528A</p>																																																																																									

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
510A	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508A QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI 1 (INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508A. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) (PUIS ALLEZ À 528A) ←</p> <p>NON 2 NE SAIT PAS 8 (NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) (PUIS ALLEZ À 528A) ←</p>	
511A	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 528A
512A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
514A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 517A
515A	Est-ce que (NOM) a reçu la dose de naissance contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	<p>DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2</p>	
516A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 519A
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
519A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin PENTACOQ OU PENTAXIM, c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche, qui protège contre plusieurs maladies à la fois ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 521A
520A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin PENTACOQ/PENTAXIM ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
521A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin TETRACOQ, c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche, qui protège contre plusieurs maladies a la fois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523A
522A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin TETRACOQ ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin EUVAX, c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche, qui protège contre l'hépatite B ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525A
524A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin EUVAX ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
525A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre La polio, c'est-à-dire une injection dans la cuisse donner en même temps que la troisième dose de pentavalent?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
526A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras gauche pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
527A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans le bras droit, donné en même temps que la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
528A	CONTINUEZ AVEC 501B.		

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2018-2021? D'AUTRES NAISSANCES EN <input type="checkbox"/> 2018-2021 PLUS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2018-2021		→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2018-2021. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>		
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>		→ 528B
504B	Avez-vous un carnet de santé de l'enfant, un carnet de santé de la mère et d'enfant ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT 1 OUI, A SEULEMENT UN CARNET DE SANTÉ MÈRE ENFANT 2 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 3 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT 4 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 5	→ 507A → 507A → 507A
505B	Avez-vous déjà eu un carnet de santé de l'enfant, un carnet de santé de la mère et d'enfant pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet de santé de l'enfant, le carnet de santé de la mère et d'enfant ou l'autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511B
507BB	VÉRIFIEZ CARNET OU AUTRE DOCUMENT	CARNET DU SECTEUR PUBLIC 1 CARNET DU SECTEUR PRIVÉ 2 CARNET DU SECTEUR PUBLIC ET PRIVÉ 3	

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																								
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																									
508B	<p>COPIEZ LES DATES DU CARNET DE VACCINATION. INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-VPI (TETRACOQ) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-VPI (TETRACOQ) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-VPI (TETRACOQ) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEP.B (EUVAX) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEP.B (EUVAX) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEP.B (EUVAX) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN FIÈVRE JAUNE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)				VACCIN POLIO ORAL 1				VACCIN POLIO ORAL 2				VACCIN POLIO ORAL 3				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3				DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 1				DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 2				DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 3				DTCoq-VPI (TETRACOQ) 1				DTCoq-VPI (TETRACOQ) 2				DTCoq-VPI (TETRACOQ) 3				HEP.B (EUVAX) 1				HEP.B (EUVAX) 2				HEP.B (EUVAX) 3				VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)				VACCIN ANTIROUGEOLEUX				VACCIN FIÈVRE JAUNE				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)			
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																								
BCG																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 1																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 2																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 3																																																																																											
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																											
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																											
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																											
DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 1																																																																																											
DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 2																																																																																											
DTCoq-HIB-VPI (PENTACOQU/PENTAXIM) 3																																																																																											
DTCoq-VPI (TETRACOQ) 1																																																																																											
DTCoq-VPI (TETRACOQ) 2																																																																																											
DTCoq-VPI (TETRACOQ) 3																																																																																											
HEP.B (EUVAX) 1																																																																																											
HEP.B (EUVAX) 2																																																																																											
HEP.B (EUVAX) 3																																																																																											
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)																																																																																											
VACCIN ANTIROUGEOLEUX																																																																																											
VACCIN FIÈVRE JAUNE																																																																																											
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																											
509B	<p>VÉRIFIEZ 508A: 'BCG' À 'FIEVRE JAUNE' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → 528B</p>																																																																																										

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
510B	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508B QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI 1 (INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508B. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) (PUIS ALLEZ À 528B) ←</p> <p>NON 2 NE SAIT PAS 8 (NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) (PUIS ALLEZ À 528B) ←</p>	
511B	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 528B
512B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
513B	Est-ce que dans les 24 heures après la naissance, (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
514B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 517B
515B	Est-ce que (NOM) a reçu la dose de naissance contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	<p>DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2</p>	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 519B
518B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin PENTACOQ OU PENTAXIM, qui protégé contre plusieurs maladies a la fois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521B
520B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin PENTACOQ/PENTAXIM ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin TETRACOQ, c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523B
522B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin TETRACOQ ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin EUVAX, c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche, qui protégé contre l'hépatite B ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525B
524B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin EUVAX ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
525B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre La polio, c'est-à-dire une injection dans la cuisse donner en même temps que la troisième dose de pentavalent?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
526B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras gauche pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
527B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans le bras droit, donné en même temps que la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
528B	<p>VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2018-2021?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>AUTRES NAISSANCES EN 2018-2021 <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) ←</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2018-2021 <input type="text"/></p> <p>→ 601</p> </div> </div>		

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

601	<p>VÉRIFIEZ 224:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2016-2021</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2016-2021</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: right;"> <p>648</p> </div> </div>		
602	<p>VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2016-2021. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
603	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	<p>DERNIÈRES NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>	<p>AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
604	DE 212 ET 216:	<p>NOM</p> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>VIVANT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>DÉCÉDÉ</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 646) ←</p>	<p>NOM</p> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>VIVANT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>DÉCÉDÉ</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 646) ←</p>
605	<p>Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE CAPSULE.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
606	<p>Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) du sirop contenant du fer comme [celui-ci] ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE SIROP.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
607	<p>Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
608	<p>(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 618) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 618) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
609	<p>VÉRIFIEZ 469: ALLAITÉ ACTUELLEMENT ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>a) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée, y compris le lait maternel. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NON/ PAS POSÉ <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> </div> </div>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
610	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 615) ←</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
615	Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO ? b) Eau de riz ? c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ? d) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">OUI NON NSP</div> a) LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8 b) EAU DE RIZ .. 1 2 8 c) LIQUIDE MAISON .. 1 2 8 d) ZINC 1 2 8	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">OUI NON NSP</div> a) LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8 b) EAU DE RIZ .. 1 2 8 c) LIQUIDE MAISON .. 1 2 8 d) ZINC 1 2 8
616	VÉRIFIEZ 615: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓ a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ? </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓ b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? </div> </div>	OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 618) ←</div> NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 618) ←</div> NE SAIT PAS 8
617	VÉRIFIEZ 615: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓ a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓ b) Qu'a t-on donné pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? </div> </div>	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D INJECTION ANTIBIOTIQUE E NON-ANTIBIOTIQUE F INJECTION INCONNUE G (IV) INTRAVEINEUSE H REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I AUTRE X <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div>	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D INJECTION ANTIBIOTIQUE E NON-ANTIBIOTIQUE F INJECTION INCONNUE G (IV) INTRAVEINEUSE H REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I AUTRE X <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div>
618	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 620) ←</div> NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 620) ←</div> NE SAIT PAS 8
619	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
620	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
621	Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 623) ←</div> NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 623) ←</div> NE SAIT PAS 8

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
627	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 625.	PREMIER ENDROIT <input type="text"/>	PREMIER ENDROIT <input type="text"/>
628	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
629	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8
630	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDIQUES ACT ARSUCAM A COARTEM B AUTRES ANTIPALUDIQUES QUININE C QUINIMAX D SP/FANSIDAR E CHLOROQUINE F AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE/ CAMOQUIN/ MALOXINE/ NIVAQUINE G AUTRE ANTIPALUDIQUE H (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP I INJECTION/IV J AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE K ACETAMINOPHEN L IBUPROFEN M AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES ACT ARSUCAM A COARTEM B AUTRES ANTIPALUDIQUES QUININE C QUINIMAX D SP/FANSIDAR E CHLOROQUINE F AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE/ CAMOQUIN/ MALOXINE/ NIVAQUINE G AUTRE ANTIPALUDIQUE H (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP I INJECTION/IV J AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE K ACETAMINOPHEN L IBUPROFEN M AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
630A	VÉRIFIEZ 630: AU MOINS 3 CODES ENCERCLÉS DONT 'A', 'B', ET/OU 'C' ?	3 CODES DONT 'A', 'B', ET/OU 'C' AUTRE OUI NON <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 634) ←	3 CODES DONT 'A', 'B', ET/OU 'C' AUTRE OUI NON <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 634) ←
630B	Quel médicament a été donné en premier ? UTILISEZ LES CODES DE 630	1er MÉDICAMENT <input type="text"/>	1er MÉDICAMENT <input type="text"/>
630C	Quel médicament a été donné en deuxième ? UTILISEZ LES CODES DE 630	2ème MÉDICAMENT <input type="text"/>	2ème MÉDICAMENT <input type="text"/>

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
630D	Quel médicament a été donné en troisième ? UTILISEZ LES CODES DE 630	3ème MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	3ème MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>
630E	VÉRIFIEZ 630: 2 CODES ENCERCLÉS DONT 'A', 'B', ET/OU 'C' ?	2 CODES DONT 'A', 'B', ET/OU 'C' <input type="checkbox"/> OUI AUTRE <input type="checkbox"/> NON (ALLEZ À 632) ←	2 CODES DONT 'A', 'B', ET/OU 'C' <input type="checkbox"/> OUI AUTRE <input type="checkbox"/> NON (ALLEZ À 632) ←
630F	Quel médicament a été donné en premier ? UTILISEZ LES CODES DE 630	1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	1er MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>
630G	Quel médicament a été donné en deuxième ? UTILISEZ LES CODES DE 630	2ème MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>	2ème MÉDICAMENT <input type="checkbox"/>
631	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (ALLEZ À 646) ←	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (ALLEZ À 646) ←

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
632	VÉRIFIEZ 630: ARSUCAM ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 634) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 634) ←
633	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre L'Arsucam ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
634	VÉRIFIEZ 630: COARTEM ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 636) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 636) ←
635	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre du Coartem ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
636	VÉRIFIEZ 630: QUININE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 638) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 638) ←
637	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
638	VÉRIFIEZ 630: QUINIMAX ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 640) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 640) ←
639	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre du Quinimax ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
647	<p>VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <input type="checkbox"/> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <input type="checkbox"/> <p>→</p> </div> </div>		649
648	<p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial SRO que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
649	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2019-2021 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN OU PLUS</p> <input type="checkbox"/> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN</p> <input type="checkbox"/> <p>→</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p>↓</p> </div>		701

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 7. UNION ET ACTIVITE SEXUELLE

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

SECTION 7. UNION ET ACTIVITE SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ À
711A	VÉRIFIEZ 703: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PAS POSÉE OU PAS VEUVE <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> VEUVE <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> → 711D </div> </div>			
711B	VÉRIFIEZ 709: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> → 712 </div> </div>			
711C	Comment s'est terminé votre précédent(e) union/mariage ?	DÉCÈS/VEUVAGE 1 DIVORCE 2 SÉPARATION 3	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> → 712	
711D	Étiez-vous mariée civilement, religieusement, coutumièrement ou viviez-vous avec cet homme comme si vous étiez mariés ?	MARIÉE CIVILEMENT A MARIÉE RELIGIEUSEMENT B MARIÉE COUTUMIÈREMENT C VIVAIT AVEC CET HOMME D		
711E	À qui est passé la plus grande partie des biens que possédait votre dernier mari/partenaire ?	MOI-MÊME (ENQUÊTÉE) 1 BIENS PARTAGÉS ENTRE MOI ET AUTRES FEMMES 2 BIENS PARTAGÉS ENTRE MOI ET LES ENFANTS 3 BIENS PARTAGÉS ENTRE MOI ET LA FAMILLE 4 AUTRE FEMME 5 MES ENFANTS 6 AUTRES ENFANTS DU MARI 7 FAMILLE DU MARI 8 AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE 9 AUTRES PERSONNES PAS MEMBRE DE LA FAMILLE 10 MARI N'AVAIT RIEN (AUCUN BIEN) 11 AUTRES 96 (PRECISEZ)	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> → 712	
711F	Avez-vous reçu certains bien ou des choses ayant de la valeur de votre dernier mari/partenaire ?	OUI 1 NON 2		

SECTION 7. UNION ET ACTIVITE SEXUELLE

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

SECTION 7. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
724	VÉRIFIEZ 106: ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/> → → →	727 727 727
726	Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un ou une relation sexuelle suivie avec quelqu'un parce qu'il vous a donné ou vous a dit qu'il vous donnerait des cadeaux, de l'argent, ou autre chose ?	OUI 1 NON 2	
727	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
728	VÉRIFIEZ 716, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (PREMIÈRE COLONNE): NON, <input type="checkbox"/> CONDOM OUI, <input type="checkbox"/> CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ↓ N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ QUESTION <input type="checkbox"/> NON POSÉE	→ → → → → →	731 731 731 731 731 731
729	Vous avez dit que la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un préservatif avait été utilisé. Quelle était la marque du préservatif utilisée cette fois là ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	STANDARD GENERIQUE 01 DUREX 02 INNOTEX 03 MANNIX 04 PRUDENCE 05 DOMINO 06 CAREX 07 KAMASUTRA 08 FÉMINDO 09 KISS 10 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	

SECTION 7. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ À
730	<p>Où vous étiez-vous procuré le préservatif la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL /CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ 11</p> <p>INFIRMERIE MILITAIRE 12</p> <p>PNLIST/VIH-SIDA 13</p> <p>CARAVANE MÉDICALE 14</p> <p>CENTRE DE SMI 15</p> <p>DISPENSARE 16</p> <p>CASE DE SANTÉ 17</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 19</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>CENTRE MÉDICO SOCIAL CNSS 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>AUTRE SECTEUR PARA PUBLIC 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE 31</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 32</p> <p>CABINET SOIN/INFIRMERIE 33</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>MOUVEMENT GABONAIS DE BIEN ÊTRE FAMILIAL (MGBEF) 41</p> <p>MARCHÉ/BOUTIQUE/ÉTALAGE 42</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL 43</p> <p>AMIS/PARENT 44</p> <p>INSTITUTION RÉLIGIEUSE 45</p> <p>AMIS/PARENTS 46</p> <p>AUTRE SECTEUR ONG/ASSOCIATION 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>		
731	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	OUI	NON	
		ENFANTS <10 1	2	
		HOMMES ADULTES 1	2	
		FEMMES ADULTES 1	2	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
800	VÉRIFIEZ 106: 15-49 ANS <input type="checkbox"/> 50-64 ANS <input type="checkbox"/>		→ 1000
801	VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ		→ 813
802	VÉRIFIEZ 226: ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE		→ 804
803	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 805 → 812
804	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 807 → 813 → 811
805	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? ENCEINTE <input type="checkbox"/> b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 ANNÉES 2 BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 APRÈS LE MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	→ 811 → 813 → 811
806	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 812
807	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT		→ 813
808	VÉRIFIEZ 805: '24' MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> OU '02' ANNÉES OU PLUS PAS POSÉE <input type="checkbox"/> '00-23' MOIS <input type="checkbox"/> OU '00-01' ANNÉE		→ 812
809	VÉRIFIEZ 714: IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS <input type="checkbox"/> IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 811 → 811

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT ↓</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitiez pas (plus) d' enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINT E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDRO N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGNÉ P</p> <p>TROP CHER Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PAS <input type="checkbox"/> POSÉE </div> <div style="text-align: center;"> NON, N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT </div> <div style="text-align: center;"> OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT </div> </div>		→ 813
812	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
813	<p>VÉRIFIEZ 216:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS ↓</p> <p>a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> </div> </div> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN 00 → 815</p> <p>NOMBRE <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE 96 → 815 (PRÉCISEZ)</p>	
814	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> GARÇONS FILLES PEU IMPORTE </div> <p>NOMBRE .. <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
815	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous :</p> <p>a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ?</p> <p>b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?</p> <p>c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ?</p> <p>d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ?</p> <p>e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur des affiches ?</p> <p>f) Entendu parler de la planification familiale au cours des causeries éducatives ?</p>	<p align="right">OUI NON</p> <p>a) RADIO 1 2</p> <p>b) TÉLÉVISION 1 2</p> <p>c) JOURNAL OU MAGAZINE 1 2</p> <p>d) TÉLÉPHONE PORTABLE 1 2</p> <p>e) AFFICHES 1 2</p> <p>f) CAUSERIES 1 2</p>	
816	<p>VÉRIFIEZ Q701 ET Q701C:</p> <p align="center"> OUI, <input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> NON, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT VIT AVEC PAS EN UNION MARIÉE UN HOMME </p>		→ 901
817	<p>VÉRIFIEZ Q303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p align="center"> UTILISE <input type="checkbox"/> N'UTILISE ACTUELLEMENT PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT PAS <input type="checkbox"/> POSÉE </p>		→ 819 → 821
818	<p>Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?</p>	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1</p> <p>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE 3</p> <p>AUTRE 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	→ 820
819	<p>Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?</p>	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1</p> <p>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE 3</p> <p>AUTRE 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
820	<p>VÉRIFIEZ Q304:</p> <p align="center"> NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ STÉRILISÉ </p>		→ 901
821	<p>Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?</p>	<p>MÊME NOMBRE 1</p> <p>PLUS D'ENFANTS 2</p> <p>MOINS D'ENFANTS 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ Q701 et Q701C: ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 906
904	Quel est le plus haut niveau d'études que votre (mari/partenaire) a atteint : primaire, secondaire 1er cycle/collège enseignement technique, secondaire 2ème cycle/lycée enseignement technique ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLEGE ENSEIGN. TECHNIQUE 2 SECONDAIRE 2eme CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
905A	Votre (mari/partenaire) a achevé au (NIVEAU ENREGISTRÉ À 904) la classe de (CLASSE ENREGISTRÉE À 905) ; a-t-il terminé le programme de cette classe avec succès ? SI NON, DEMANDEZ : A-t-il suivi le programme jusqu'à la fin de l'année scolaire ? SI LA RÉPONSE EST 'OUI', ENREGISTREZ '2' POUR PROGRAMME TERMINÉ SANS SUCCÈS; SINON '3' PROGRAMME PAS TERMINÉ.	PROGRAMME CLASSE TERMINÉ AVEC SUCCÈS... 1 PROGRAMME CLASSE TERMINÉ SANS SUCCÈS... 2 PROGRAMME CLASSE PAS TERMINÉ 3	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 7 derniers jours ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 908
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 909
908	Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 913
910	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 913
911	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 917
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
916	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
917	VÉRIFIEZ Q701 ET Q701C: ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 925
918	VÉRIFIEZ Q916: CODE '1' OU '2' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 921
919	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
920	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 922
921	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
922	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
923	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																				
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6																					
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 928																				
926	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 928																				
926A	Quel est le titre d'occupation de la maison ?	TITRE FONCIER 1 DÉCRET D'ATTRIBUTION 2 RÉQUISITION D'IMMATRICULATION 3 CONTRAT SOUS BAIL 4 PLAN DE BORNAGE DÉLIVRÉ PAR CADASTRE/ANUTTC 5 ATTESTATION DE RÉGULARISATION 6 ATTESTATION DE CESSION 7 PERMIS D'OCCUPATION 8 AUTRE TITRE DE PROPRIÉTÉ 16 _____ (PRÉCISEZ)																					
927	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																					
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 931																				
929	Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 931																				
929A	Quel est le titre d'occupation du terrain ?	TITRE FONCIER 1 DÉCRET D'ATTRIBUTION 2 RÉQUISITION D'IMMATRICULATION 3 CONTRAT SOUS BAIL 4 PLAN DE BORNAGE DÉLIVRÉ PAR CADASTRE/ANUTTC 5 ATTESTATION DE RÉGULARISATION 6 ATTESTATION DE CESSION 7 PERMIS D'OCCUPATION 8 AUTRE TITRE DE PROPRIÉTÉ 16 _____ (PRÉCISEZ)																					
930	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																					
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.</th><th>PAS. PAS.</th><th>PAS PRES.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>MARI</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.	PAS. PAS.	PAS PRES.	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3	
	PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.	PAS. PAS.	PAS PRES.																				
ENFANTS < 10	1	2	3																				
MARI	1	2	3																				
AUTRES HOMMES	1	2	3																				
AUTRES FEMMES	1	2	3																				

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
932	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :		OUI	NON	NSP
	a) Si elle sort sans le lui dire ?	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8
	b) Si elle néglige les enfants ?	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8
	c) Si elle argumente avec lui ?	c) ARGUMENTE	1	2	8
	d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8
	e) Si elle brûle la nourriture ?	e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8
	f) Si elle refuse de lui donner l'argent pour ses besoins personnels?	f) REFUSE DONNER L'ARGENT	1	2	8
<u>CODÉS POUR Q. 905: NIVEAU ET CLASSE</u>					
NIVEAU	1= PRIMAIRE	2 = SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLEGE ENSEIGN. TECHNIQUE	3 = SECONDAIRE 2ème CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN. TECHNIQUE	4 = SUPÉRIEUR	
	00=MOINS D'1 AN ACHEVÉ				
CLASSE	01= 1ÈRE AN./CP1 02=2ÈME AN./CP2 03=3ÈME AN./CE1 04=4ÈME AN./CE2 05=5ÈME AN./CM1 06=6ÈME AN./CM2	01= 6ÈME/1ÈRE AN. 02=5ÈME/2ÈME AN. 03=4ÈME/3ÈME AN. 04=3ÈME/4ÈME AN.	01= SECONDE (2 ^{NDE}) 02=1 ^{ÈRE} 03=1 ^{LE}	01= 1ÈRE AN. 02=2ÈME AN. 03=3ÈME AN. OU +	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1000	VÉRIFIEZ PAGE COUVERTURE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME ? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> (FEMMES DE 15-64 ANS) ↓</div> <div style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/> → 1200</div> </div>		
1001	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI 1 NON 2	→ 1042
1002	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1003	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1004	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des préservatifs au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1005	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1008	Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant :	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> a) DURANT LA GROSSESSE 1 b) DURANT ACCOUCHE 1 c) EN ALLAITANT 1 </div> <div> OUI NON NSP 1 2 8 1 2 8 1 2 8 </div> </div>	
1009	VÉRIFIEZ 1008: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">AU MOINS UN 'OUI' ↓</div> <div style="text-align: center;">AUTRE <input type="checkbox"/> → 1011</div> </div>		
1010	Y A-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin, un/une infirmière(e) ou tout autre personnel de santé peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1011	VÉRIFIEZ 208 ET 215: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">DERNIÈRE NAISSANCE EN 2019-2021 ↓</div> <div style="text-align: center;">PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 1027 DERNIÈRE NAISSANCE EN 2018 OU PLUS <input type="checkbox"/> → 1027</div> </div>		
1012	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">A EU DES SOINS PRÉNATALS ↓</div> <div style="text-align: center;">PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> → 1020</div> </div>		

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1013	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
1014	<p>Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé :</p> <p>a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ?</p> <p>b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ?</p> <p>c) Effectuer un test du VIH ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) VIH DE LA MÈRE 1 2 8</p> <p>b) CHOSES À FAIRE 1 2 8</p> <p>c) TEST DU VIH 1 2 8</p>	
1015	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1016	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos soins prénatals ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1020
1017	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL /CENTRE MÉDICAL/</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 11</p> <p>INFIRMERIE MILITAIRE 12</p> <p>PNLIST/VIH-SIDA 13</p> <p>CARAVANE MÉDICALE 14</p> <p>CENTRE DE SMI 15</p> <p>DISPENSARE 16</p> <p>CASE DE SANTÉ 17</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT</p> <p>AMBULATOIRE (CTA) 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>CENTRE MÉDICO SOCIAL CNSS 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>AUTRE SECTEUR PARA PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE 31</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 32</p> <p>CABINET SOIN/INFIRMERIE 33</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRES SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>ONG 41</p> <p>MAISON 42</p> <p>LIEU DE TRAVAIL 43</p> <p>CENTRE DE DETENTION 44</p> <p>AUTRE SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>_____ 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE</p> <p>_____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1018	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1020
1019	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1020	<p>VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE:</p> <p>UN CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>'21-46' ENCERCLÉ</p>		→ 1024

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1021	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	
1022	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du VIH à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 1024
1023	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1025
1024	VÉRIFIEZ 1016: OUI <input type="checkbox"/> NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE		→ 1027
1025	Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 1028
1026	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 1033
1027	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1031
1028	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
1029	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
1030	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL /CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ 11 INFIRMERIE MILITAIRE 12 PNLIST/VIH-SIDA 13 CARAVANE MÉDICALE 14 CENTRE DE SMI 15 DISPENSARE 16 CASE DE SANTÉ 17 CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC 19 (PRÉCISEZ) SECTEUR PARA-PUBLIC CENTRE MÉDICO SOCIAL CNSS 21 PHARMACIE 22 AUTRE SECTEUR PARA PUBLIC 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 31 CABINET MÉDICAL PRIVÉ 32 CABINET SOIN/INFIRMERIE 33 PHARMACIE PRIVÉE 34 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ) AUTRES SECTEUR ONG/ASSOCIATION ONG 41 MAISON 42 LIEU DE TRAVAIL 43 CENTRE DE DETENTION 44 AUTRE SECTEUR ONG/ASSOCIATION 47 (PRÉCISEZ) AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	→ 1033



SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1031	Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1033
1032	Où est-ce ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL /CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ A INFIRMERIE MILITAIRE B PNLIST/VIH-SIDA C CARAVANE MÉDICALE D CENTRE DE SMI E DISPENSARE F CASE DE SANTÉ G CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) H AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) I SECTEUR PARA-PUBLIC CENTRE MÉDICO SOCIAL CNSS J PHARMACIE K AUTRE SECTEUR PARA PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) L SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ M PHARMACIE PRIVÉE N SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL O AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) P AUTRES SECTEUR ONG/ASSOCIATION ONG Q MAISON R LIEU DE TRAVAIL S CENTRE DE DETENTION T AUTRE SECTEUR ONG/ASSOCIATION _____ (PRÉCISEZ) U AUTRE _____ (PRÉCISEZ) X	
1033	Avez-vous entendu parler de kits de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1035
1034	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	OUI 1 NON 2	
1035	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1036	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1037	Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1038	Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1039	Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1040	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1041	Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	OUI 1 NON 2 DIT QU'ELLE A LE VIH 3 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1042	VÉRIFIEZ 1001: A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU VIH OU DU SIDA DU VIH OU DU SIDA a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ? b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2	
1043	VÉRIFIEZ 713: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 1051
1044	VÉRIFIEZ 1042: A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1046
1045	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1046	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1047	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1048	VÉRIFIEZ 1045, 1046, ET 1047: A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 1051
1049	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 1045/1046/1047), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 1051

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1050	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL /CENTRE MÉDICAL/</p> <p>CENTRE DE SANTÉ A</p> <p>INFIRMERIE MILITAIRE B</p> <p>PNLIST/VIH-SIDA C</p> <p>CARAVANE MÉDICALE D</p> <p>CENTRE DE SMI E</p> <p>DISPENSAIRE F</p> <p>CASE DE SANTÉ G</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT</p> <p>AMBULATOIRE (CTA) H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>CENTRE MÉDICO SOCIAL CNSS J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>AUTRE SECTEUR PARA PUBLIC</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉE/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ M</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE N</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST</p> <p>ET CONSEIL O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ P</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRES SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>ONG Q</p> <p>MAISON R</p> <p>LIEU DE TRAVAIL S</p> <p>CENTRE DE DETENTION T</p> <p>AUTRE SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>_____ U</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1051	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un préservatif quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1051A	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1052	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1053	<p>VÉRIFIEZ Q701 ET Q701C:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>VIT AVEC UN HOMME  </p>		1101
1054	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR 8</p>	
1055	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un préservatif si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR 8</p>	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1101	<p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI: Combien d'injections avez-vous eues ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1104
1102	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre personnel de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1104
1103	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée du personnel de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1104	Fumez-vous actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	<p>CHAQUE JOUR 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	→ 1106
1105	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1106	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	<p>CHAQUE JOUR 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	→ 1107A
1107	<p>Actuellement, sous quelle autre forme fumez-vous ou utilisez-vous du tabac?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>KRETEKS A</p> <p>PIPES BOURRÉES DE TABAC B</p> <p>CIGARES, CHERROOTS, OU CIGARILLO! C</p> <p>PIPE À EAU D</p> <p>TABAC À CHIQUER E</p> <p>SNUFF À PRISER F</p> <p>TABAC À MÂCHER G</p> <p>TABAC SOUS LA LANGUE H</p> <p>CHIQUE DE BETEL AVEC TABAC I</p> <p>AUTRE X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
1107A	Avez-vous déjà consommé une boisson qui contient de l'alcool comme le vin de palme, vin de canne à sucre, ou le vin de maïs : presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas	<p>PRESQUE CHAQUE JOUR 1</p> <p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3</p> <p>PAS DU TOUT 4</p>	→ 1108
1107B	Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous consommé une boisson contenant de l'alcool ?	<p>NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUN AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS 00</p>	
1107C	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé une boisson qui contient de l'alcool : presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	<p>PRESQUE CHAQUE JOUR 1</p> <p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3</p> <p>PAS DU TOUT 4</p>	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
1108	11	<div style="text-align: right;">PAS UN</div> <div style="text-align: right;">PROBLÈME PROBLÈME</div> <div style="text-align: right;">IMPORTANT IMPORTANT</div> a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? a) PERMISSION 1 2 b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ? b) OBTENIR L'ARGENT 1 2 c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ? c) DISTANCE 1 2 d) Ne pas vouloir y aller seule ? d) ALLER SEULE 1 2													
1109	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 1111												
1110	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CNAMGS A CNSS B AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE C AUTRE X (PRÉCISEZ)													
1111	Est-ce que je peux mesurer maintenant votre tension artérielle ? _____ SIGNATURE ENQUÊTRICE DATE	OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2	→ 1201												
1112	LISEZ LES MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE. ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET LA PRESSION DIASTOLIQUE. SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON.	SYSTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> DIASTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> REFUSÉ 994 PROBLÈMES TECHNIQUES 995 AUTRE 996													

SECTION 12. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1200	VÉRIFIEZ 106: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> FEMMES 15-49 ANS <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> FEMMES 50-64 ANS <input type="checkbox"/> → </div> </div>		1301																																												
1201	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Nous avons appris au cours des enquêtes précédentes qu'il peut être difficile d'établir une liste complète de tous les enfants nés de votre mère biologique. Nous travaillerons ensemble pour établir la liste la plus complète et pour vous aider à vous souvenir de tous vos frères et sœurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et sœurs nés de votre mère biologique ?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">NOM</th> <th style="width:10%;">NUMÉRO D'ORDRE</th> <th style="width:30%;">NOM</th> <th style="width:10%;">NUMÉRO D'ORDRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>k _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr><td>b _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>l _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr><td>c _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>m _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr><td>d _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>n _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr><td>e _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>o _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr><td>f _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>p _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr><td>g _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>q _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr><td>h _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>r _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr><td>i _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>s _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr><td>j _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td><td>t _____</td><td align="center"><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>			NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE																																												
a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
1202	VÉRIFIEZ 1201: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> AU MOINS UN FRÈRE OU UNE SOEUR LISTÉ <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> AUCUN FRÈRE OU SOEUR LISTÉ <input type="checkbox"/> → </div> </div>			1204																																											
1203	<p>LISEZ LEURS NOMS À L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et sœurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NON <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> OUI <input type="checkbox"/> → </div> </div> <p align="right">INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1204	<p>Il arrive que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils ne vivent pas avec eux ou parce qu'ils ne se voient pas très souvent. Y a-t-il des frères ou sœurs qui ne vivent pas avec vous que vous n'avez pas cités ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NON <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> OUI <input type="checkbox"/> → </div> </div> <p align="right">INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1205	<p>Il arrive parfois que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils sont décédés. Avez-vous des frères et sœurs qui sont décédés que vous n'avez pas cités ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NON <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> OUI <input type="checkbox"/> → </div> </div> <p align="right">INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1206	<p>Certaines personnes ont des frères ou sœurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou sœurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NON <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> OUI <input type="checkbox"/> → </div> </div> <p align="right">INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1207	COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1201.	TOTAL DE FRÈRES ET SOEURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>																																													

SECTION 12. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1208	<p>VÉRIFIEZ 1207:</p> <p>Juste pour être sûre que j'ai le bon résultat : Votre mère a eu au TOTAL _____ naissances, sans vous compter, durant sa vie. Est-ce correct ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1201 ET/OU 1207.</p>		
1209	<p>VÉRIFIEZ 1207:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ OU SOEUR LISTÉ</p>		→ 1301
1210	<p>Dites-mois, s'il vous plait, quel est le frère ou la sœur qui est né le premier (la première) ? Et qui a été le suivant/la suivante ?</p> <p>ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201 POUR LE PREMIER FRÈRE OU SOEUR, '02' POUR LE SECOND ET AINSI DE SUITE JUSQU'À CE QUE VOUS AYEZ ENREGISTRÉ LE NUMÉRO D'ORDRE POUR TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.</p>		
1211	<p>Combien de naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

SECTION 12. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1212	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201. POSEZ 1212 JUSQU'À 1224 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1213	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1214	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2
1215	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (07)
1216	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (07)
1217	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1218	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223
1219	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2
1220	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI 1 ALLEZ À (02) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) NON 2	YES 1 ALLEZ À (05) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) NON 2
1221	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223
1222	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ?	<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"/>
1223	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI 1 ALLEZ À (02) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (05) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) NON 2
1224	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (07)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1301.							

SECTION 12. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1212	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201. POSEZ 1212 JUSQU'À 1224 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1213	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1214	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2
1215	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (08)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (09)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (10)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (11)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (12)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1217 NSP 8 ALLEZ À (13)
1216	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLEZ À (08)	<input type="text"/> ALLEZ À (09)	<input type="text"/> ALLEZ À (10)	<input type="text"/> ALLEZ À (11)	<input type="text"/> ALLEZ À (12)	<input type="text"/> ALLEZ À (13)
1217	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1218	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223
1219	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1223 NON 2
1220	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI 1 ALLEZ À (08) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (09) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (10) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (11) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (12) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (13) NON 2
1221	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1223
1222	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1223	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI 1 ALLEZ À (08) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (09) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (10) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (11) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (12) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (13) NON 2
1224	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (08)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (09)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (10)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (11)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (12)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (13)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1301.							

SECTION 13. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1317	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ?	OUI 1 NON 2	→ 1319
1318	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI 1 NON 2	
1319	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez le rhumatisme ?	OUI 1 NON 2	→ 1321
1320	Suivez-vous actuellement un traitement pour rhumatisme ?	OUI 1 NON 2	
1321	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI 1 (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON 2	→ 1323
1322	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 1321) ?	OUI 1 NON 2	
1323	Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	→ 1325
1324	Avez-vous entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	
1325	Je vais, maintenant, vous poser des questions sur des tests qu'un professionnel de santé peut faire pour détecter un cancer du col de l'utérus. Le col de l'utérus est la partie qui relie l'utérus au vagin. Pour effectuer un test du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos en écartant les jambes. Ensuite, en utilisant une petite brosse ou un coton-tige, le professionnel de santé prélève à l'intérieur de l'utérus un échantillon. L'échantillon est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Ce test est appelé un frottis Pap ou un test PVH. Il y a une autre méthode qui est appelée IVA ou Inspection Visuelle après application d'Acide ascétique. Au cours de ce test, le professionnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit.		
1326	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà fait un test de dépistage du cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1330
1327	Quand a eu lieu votre dernier test pour le cancer de l'utérus ? SI MOINS D'1 ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
1328	Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	NORMAL / NÉGATIF 1 ANORMAL / POSITIF 2 PAS CLAIR / NON CONCLUANT 3 N'A PAS REÇU DE RÉSULTATS 4 NE SAIT PAS 8	→ 1330 → 1330
1329	Avez-vous suivi un traitement pour le col de l'utérus ou avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats du test ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 13. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE)

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	ALLEZ À
1330	<p>VÉRIFIEZ Q126C ET Q1112:</p> <p>PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q126C ET À Q1112 <input type="checkbox"/></p> <p>PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q126C ET À Q1112 <input type="checkbox"/></p>		→ 1336
1331	ENREGISTREZ ET CALCULEZ LA MOYENNE DE LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q126C ET Q1112.		
1332	<p>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q126C</p> <p>SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
1333	<p>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q1112</p> <p>SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
1334	<p>SOMME DE Q1332 + Q1333</p> <p>SOMME SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SOMME DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
1335	<p>DIVISEZ Q1334 PAR 2</p> <p>MOYENNE SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOYENNE DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		→ 1340
1336	<p>VÉRIFIEZ Q126C</p> <p>PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q126C <input type="checkbox"/></p> <p>LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q126C <input type="checkbox"/></p>		→ 1339
1337	<p>VÉRIFIEZ Q1112:</p> <p>PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q1112 <input type="checkbox"/></p> <p>LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q1112 <input type="checkbox"/></p>		→ 1339
1338	<p>VÉRIFIEZ Q106E:</p> <p>PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q106E <input type="checkbox"/></p> <p>LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q106E <input type="checkbox"/></p>		→ 1400A
1339	<p>ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.</p> <p>SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		

1340	<p>UTILISEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS POUR DÉTERMINER LE CODE CORRECT POUR ENREGISTRER DANS LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE .</p> <p>ENCERCLEZ LA LIGNE OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION SYSTOLIQUE DE Q1335 OU Q1339 .</p> <p>ENSUITE, ENCERCLEZ LA COLONNE OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q1335 OU Q1339 .</p> <p>LA VALEUR QUI SE TROUVE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE ENCERCLÉES DANS LE TABLEAU SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER Q1341.</p> <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th rowspan="2" style="padding: 5px;">PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE</th> <th colspan="6" style="padding: 5px;">PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE</th> </tr> <tr> <th style="padding: 5px;">≤84</th> <th style="padding: 5px;">85-89</th> <th style="padding: 5px;">90-99</th> <th style="padding: 5px;">100-109</th> <th style="padding: 5px;">110-119</th> <th style="padding: 5px;">≥ 120</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">≤129</td> <td style="padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">130-139</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">140-159</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">160-179</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">180-209</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">≥ 210</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> </table>	PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE	PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE						≤84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120	≤129	1	2	3	4	5	6	130-139	2	2	3	4	5	6	140-159	3	3	3	4	5	6	160-179	4	4	4	4	5	6	180-209	5	5	5	5	5	6	≥ 210	6	6	6	6	6	6	
PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE	PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE																																																								
	≤84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120																																																			
≤129	1	2	3	4	5	6																																																			
130-139	2	2	3	4	5	6																																																			
140-159	3	3	3	4	5	6																																																			
160-179	4	4	4	4	5	6																																																			
180-209	5	5	5	5	5	6																																																			
≥ 210	6	6	6	6	6	6																																																			
1341	<p>ENREGISTREZ DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS LE NOMBRE QUE VOUS AVEZ ENCERCLÉ À Q1340. UTILISEZ ENSUITE LES INSTRUCTIONS À DROITE DE CE NOMBRE POUR COMPLÉTER LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ENQUÊTÉE. DONNEZ À L'ENQUÊTÉE LE FORMULAIRE ET RÉPONDEZ À TOUTES SES QUESTIONS.</p> <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 40%; padding: 5px;">CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE</th> <th style="width: 55%; padding: 5px;">CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS :</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">NORMALE</td> <td style="padding: 5px;">24 MOIS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL</td> <td style="padding: 5px;">12 MOIS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL</td> <td style="padding: 5px;">2 MOIS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">MODÉRÉMENT ÉLEVÉE</td> <td style="padding: 5px;">1 MOIS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">TRÈS ÉLEVÉE</td> <td style="padding: 5px;">7 JOURS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE</td> <td style="padding: 5px;">AUJOURD'HUI</td> </tr> </table>		CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE	CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS :	1	NORMALE	24 MOIS	2	À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL	12 MOIS	3	AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL	2 MOIS	4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉE	1 MOIS	5	TRÈS ÉLEVÉE	7 JOURS	6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE	AUJOURD'HUI																																			
	CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE	CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS :																																																							
1	NORMALE	24 MOIS																																																							
2	À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL	12 MOIS																																																							
3	AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL	2 MOIS																																																							
4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉE	1 MOIS																																																							
5	TRÈS ÉLEVÉE	7 JOURS																																																							
6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE	AUJOURD'HUI																																																							

SECTION 14. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																				
1400A	VÉRIFIEZ 106: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 15-49 ANS <input type="checkbox"/> 50-64 ANS <input type="checkbox"/> </div>		→ 1433																																				
1400	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE ET FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> MÉNAGE ET FEMME SÉLECTIONNÉE POUR CETTE SECTION <input type="checkbox"/> MÉNAGE ET FEMME NON SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> </div>		→ 1433																																				
1401	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ. <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2 </div>		→ 1432																																				
1401A	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes au GABON. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.																																						
1402	VÉRIFIEZ 701 ET 702: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 1416																																				
1403	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ?</p> <p>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?</p> <p>b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?</p> <p>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?</p> <p>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</p> <p>e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</p> <p>f) il ne vous (permet/permettait) pas de toucher l'argent du ménage (popote) ?</p> <p>g) Il ne vous (permet/permettait) pas de travailler ?</p> <p>h) Il vous (empêche/empêchait) de sortir de la maison ?</p> </div> <div style="flex: 2; text-align: right;"> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TRAVAIL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PRIVATION DE LIBERTÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>				OUI	NON	NSP	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIES	1	2	8	VOIR FAMILLE	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8	ARGENT	1	2	8	TRAVAIL	1	2	8	PRIVATION DE LIBERTÉ	1	2	8
	OUI	NON	NSP																																				
JALOUX	1	2	8																																				
ACCUSE	1	2	8																																				
VOIR AMIES	1	2	8																																				
VOIR FAMILLE	1	2	8																																				
OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																																				
ARGENT	1	2	8																																				
TRAVAIL	1	2	8																																				
PRIVATION DE LIBERTÉ	1	2	8																																				

No.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES			PASSEZ À
1404	Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire).					
	A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) :		B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?			
		DÉJÀ ARRIVÉ	TEMPS EN PAS DANS 12 SOUVENT TEMPS DERNIERS MOIS			
	a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
1405	A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :		B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?			
		DÉJÀ ARRIVÉ	TEMPS EN PAS DANS 12 SOUVENT TEMPS DERNIERS MOIS			
	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	b) vous gifle ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	k) vous empêche de vous faire belle ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1406	VÉRIFIEZ 1405A (a-k): AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →	1409
1407	Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE 95	
1408	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir : a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ? b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ? c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2	
1409	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) (mari/partenaire) alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI 1 NON 2	→ 1411
1410	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire) : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	
1411	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1413
1412	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 JAMAIS 3	
1413	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS 1 PARFOIS PEUR 2 JAMAIS PEUR 3	
1414	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓	MARIÉE SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS →	1416

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
1415	<p>A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) .</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>IL Y A 0-11 MOIS</th> <th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th> <th>NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ		IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	<p>B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ?</p>	
DÉJÀ ARRIVÉ		IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS																			
a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
1416	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <table border="0"> <tr> <td> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> </td> <td> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> </td> </tr> </table> <p>a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?</p> <p>b) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p>	<p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p>	<p>OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	→ 1419																		
<p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p>																						
1417	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILLE/FILS D AUTRE PARENT E PETIT AMI ACTUEL F PETIT AMI PRÉCÉDEN G BELLE-MÈRE H BEAU-PÈRE I AUTRE BEAU-PARENT J ENSEIGNANT K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L POLICE/SOLDAT M AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>																					
1418	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	<p>SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3</p>																					

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1419	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> (OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓</p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 1422</p>		1422
1420	Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1422
1421	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL A</p> <p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE B</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C</p> <p>SOEUR/FRÈRE D</p> <p>FILLE/FILS E</p> <p>AUTRE PARENT F</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE G</p> <p>PETIT AMI ACTUEL H</p> <p>ANCIEN PETIT AMI I</p> <p>BELLE-MÈRE J</p> <p>BEAU-PÈRE K</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT L</p> <p>ENSEIGNANT M</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL N</p> <p>POLICE/SOLDAT O</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1422	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> → 1422B</p>		1422B
1422A	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire). À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	<p>→ 1423</p> <p>→ 1424A</p>
1422B	À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	→ 1426
1423	Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé?	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL 01</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE 02</p> <p>PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN 03</p> <p>PÈRE/BEAU-PÈRE 04</p> <p>FRÈRE/BEAU-FRÈRE 05</p> <p>AUTRE PARENT 06</p> <p>BEAU-PARENT 07</p> <p>AMI/RENCONTRE 08</p> <p>AMI DE LA FAMILLE 09</p> <p>ENSEIGNANT 10</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL 11</p> <p>POLICE/SOLDAT 12</p> <p>PRÊTRE/RELIGIEUX 13</p> <p>INCONNU 14</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1424	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME</p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </div> </div>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1425
1424A	<p>VÉRIFIEZ 1405A (h-j) et 1415A(b):</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI'</p> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'</p> </div>		→ 1426
1425	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME</p> <p>a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/un de vos) mari/partenaire, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME</p> <p>b) Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> </div>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
1426	<p>VÉRIFIEZ 1405A (a-k), 1415A (a,b), 1416, 1420, 1422A ET 1422B:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI'</p> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'</p> </div>		→ 1430
1427	<p>Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1429
1428	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?</p> <p>Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROPRE FAMILLE A</p> <p>FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE B</p> <p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C</p> <p>PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN D</p> <p>AMI E</p> <p>VOISIN F</p> <p>RELIGIEUX G</p> <p>ENSEIGNANT H</p> <p>MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ I</p> <p>FORCE DE L'ORDRE J</p> <p>HOMME DE LOI K</p> <p>SERVICE SOCIAL/CENTRE SOCIAL CELLULE D'ECOUTE L</p> <p>ASSOCIATION/ONG M</p> <p>AUTRE X (PRECISEZ)</p>	→ 1430
1429	<p>Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1430	<p>Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
	REMERCEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.																						
1431	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI UNE FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI UNE FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME				ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3	
	OUI UNE FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																				
MARI	1	2	3																				
AUTRE HOMME																							
ADULTE	1	2	3																				
FEMME ADULTE	1	2	3																				
1432	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. <hr/> <hr/>																						
1433	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td></tr> </table>																					

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

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.

UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLONNE 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP. (2)

N NAISSANCES
G GROSSESSES
F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE

1 STÉRILISATION FÉMININE

2 STÉRILISATION MASCULINE

3 DIU

4 INJECTABLES

5 IMPLANTS

6 PILULE

7 CONDOM

8 CONDOM FÉMININ

9 PILULE DU LENDEMAIN

J MÉTHODE DES JOURS FIXES

K MÉTHODE DE L'AMÉNORRHÉE ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L MÉTHODE DU RYTHME

M RETRAIT

X AUTRE MÉTHODE MODERNE

Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT

1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT

2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE

3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE

4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE

5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES

6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ

7 COÛTE TROP CHER

8 PAS PRATIQUE À UTILISER

F FATALISTE

A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE

D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION

X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

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

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

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