

EDS-CI IV

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME DE 15-49 ANS

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION					
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____					
DISTRICT/RÉGION _____					<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
MILIEU DE RÉSIDENCE (ABIDJAN=1, AUTRE URBAIN=2, RURAL=3) _____					<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
NUMÉRO DE GRAPPE					<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
NUMÉRO DE MÉNAGE					<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____					<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE : MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LE MODULE VD? (1=OUI, 2=NON)					<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
VÉRIFIEZ LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE DVH01 : FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD? (1=OUI, 2=NON)					<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
VISITES D'ENQUÊTRICES					
	1	2	3	VISITE FINALE	
DATE NOM DE L'ENQUÊTRICE RÉSULTAT*	_____ _____ 	_____ _____ 	_____ _____ 	JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE 2 0 2 1 N° ENQUÊTÉE _____ RÉSULTAT* _____	
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____ _____	_____ _____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; float: right;"></div>	
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ PRÉCISEZ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ					
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** 0 1 LANGUE DE L'INTERVIEW** 0 1 LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>					
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 03 LANGUE ETRANGERE 02 LANGUES IVOIRIENNES					
ÉQUIPE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> NUMÉRO	CHEF D'EQUIPE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> NOM NUMERO		CONTRÔLEUSE (CAPI) <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> NOM NUMERO		SUPERVISEUR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> NUMÉRO

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets sur TOUTE L'ETENDUE DU TERRITOIRE IVOIRIEN. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous 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 ?
Puis-je commencer l'interview maintenant ?

GNATURE 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES MINUTES	
102	Dans quelle sous-préfecture êtes-vous née ?	SOUS-PREFECTURE PAYS ETRANGER 96	→ 104
103	Dans quel pays êtes-vous née ?	PAYS	
104	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA GRANDE VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES DEPUIS TOUJOURS 95 VISITEUR 96	→ 110
105	VÉRIFIEZ 104 : 00 - 04 ANS <input type="checkbox"/> 05 ANS <input type="checkbox"/> OU PLUS		→ 107
106	En quel mois et en quelle année avez-vous emménagé ici ?	MOIS NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
107	Juste avant d'amménager ici, dans quelle sous-préfecture viviez-vous ?	SOUS-PREFECTURE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAYS ETRANGER 96	
108	Juste avant d'emménager ici, est-ce que vous viviez dans une grande ville, une petite ville ou au village ?	GRANDE VILLE 1 PETITE VILLE 2 VILLAGE 3	
109	Pourquoi avez-vous déménagé dans cet endroit ?	EMPLOI 01 ÉDUCATION/FORMATION 02 RÉUNIFICATION DE CONJOINTS/MARIAGE .. 03 RÉUNIFICATION FAMILIALE/AUTRE RAISON FAMILIALE 04 DÉPLACEMENT FORCÉ 05 RETOUR POST-CONFLIT 06 CATASTROPHE NATUREL 07 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
110	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	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	
111	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 110 ET/OU 111 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	Globalement, comment jugez-vous votre état de santé, très bon, bon, moyennement bon, mauvais ou très mauvais ?	TRÈS BON 1 BON 2 MOYENNEMENT BON 3 MAUVAIS 4 TRÈS MAUVAIS 5	
113	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 117
114	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
115	<p>Quelle est CLASSE la plus élevée que vous avez achevée avec succès à ce niveau ?</p> <p>INSCRIVEZ LE CODE CORRESPONDANT A LA CLASSE ACHÉVÉE A CE NIVEAU.</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHÉVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CODES DES CLASSES:</p> <p>1= CP1 1= 6^{ème} 1= BAC + 1</p> <p>2= CP2 2= 5^{ème}/CAP 2= BAC + 2 / BTS</p> <p>3= CE1 3= 4^{ème} 3= BAC + 3</p> <p>4= CE2 4= 3^{ème} / BEP 4= BAC + 4</p> <p>5= CM1 5= 2nd 5= BAC + 5</p> <p>6= CM2 6= 1^{ère} 6= Doctorat ou plus</p> <p>7= Tle/BT,AP 98= NE SAIT PAS</p>	
116	<p>VÉRIFIEZ 114 :</p> <p>PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE ↓</p> <p>SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> → 119</p>		
117	<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>	
118	<p>VÉRIFIEZ 117:</p> <p>CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ↓</p> <p>ENCERCLÉ</p> <p>CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> → 120</p> <p>ENCERCLÉ</p>		
119	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	<p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
120	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	<p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
121	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	<p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
122	Avez-vous un téléphone portable ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 → 124</p>	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À			
123	Est-ce que votre téléphone portable est un smart phone ?	OUI 1 NON 2				
124	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un téléphone portable pour faire des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou des services ou recevoir un salaire ?	OUI 1 NON 2				
125	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI 1 NON 2	→ 127			
126	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déposé vous-même de l'argent dans ce compte ou en avez-vous retiré ?	OUI 1 NON 2				
127	Avez-vous déjà utilisé l'Internet depuis n'importe quel endroit ou n'importe quel appareil ?	OUI 1 NON 2	→ 130			
128	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'Internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 130			
129	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé l'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				
130	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE 01 CATHOLIQUE 02 MÉTHODISTE 03 ÉVANGÉLIQUE 04 AUTRE RELIGION CHRÉTIENNE 05 ANIMISTE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) PAS DE RELIGION 97				
131	Quelle est votre ethnie? INSCRIVEZ LE CODE SE TROUVANT DANS LA TABLETTE	ETHNIE <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></table> AUTRE IVOIRIEN(NE) 994 NON IVOIRIEN(NE) 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ)				

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	Il arrive parfois que les femmes ont une grossesse qui ne se termine pas par une naissance vivante. Par exemple, une grossesse peut se terminer en fausse-couche, par un avortement ou l'enfant peut être mort-né. Avez-vous déjà eu une grossesse qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 212								
211	Combien de fausses couches, d'avortements et de morts-nés avez-vous eu ?	PERTES DE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	FAITES LA SOMME DE 208 ET 211 ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DU RÉSULTAT DES GROSSESSES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
213	VÉRIFIEZ 212: UNE GROSSESSE PASSÉE <input type="checkbox"/> OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE GROSSESSE PASSÉE <input type="checkbox"/>		→ 232								

SECTION 2. REPRODUCTION

<p>214 Je voudrais maintenant enregistrer toutes vos grossesses comprenant les naissances vivantes, les morts-nés, les fausses-couches et les avortements, en commençant par votre première grossesse.</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES GROSSESSES À 215-228. ENREGISTRER LES Jumeaux et les Triplés sur des lignes séparées. S'il y a plus de 4 grossesses, utiliser un questionnaire supplémentaire, en commençant à la deuxième ligne.</p>							
215	216	217	218	219	220	221	222
<p>Rappelez-vous votre (première/suivante) grossesse. Est-ce que c'était une grossesse simple, gemellaire ou des triplets ?</p> <p>SI GROSSESSE MULTIPLE, COPIEZ LA REPONSE LA REPONSE DE 215 DANS LA/LES LIGNE(S) SUIVANTES</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE</p>	<p>Si Q215=1, DEMANDEZ: Est-ce que le bébé est né vivant, était-il mort-né ou avez-vous eu une fausse-couche ou un avortement ?</p> <p>Si Q215>1, DEMANDEZ: Le premier bébé/bebé suivant était-il né vivant ou mort ou une fausse couche?</p>	<p>Est-ce que le bébé a crié, a bougé ou respiré ?</p>	<p>Quel nom a été donné au bébé ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>VÉRIFIEZ 216 ET 217: TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE.</p> <p>NOTE: SI 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT.</p> <p>SI NÉ VIVANT, DEMANDER : quel jour, quel mois et en quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p> <p>SI MORT-NÉ, FAUSSE-COUCHE OU AVORTEMENT, DEMANDER : Quel jour et quel mois et en quelle année, cette grossesse s'est-elle terminée ?</p>	<p>Combien de semaines ou de mois cette grossesse a-t-elle duré ?</p> <p>ENREGISTRER EN SEMAINES OU MOIS RÉVOLUS.</p>	<p>SI Q215=1, OU C'EST LA PREMIÈRE NAISSANCE D'UNE GROSSESSE MULTIPLE, DEMANDEZ: Y a-t-il eu d'autres grossesses entre la grossesse précédente et cette grossesse ?</p> <p>SI Q215>1 ET CE N'EST PAS UNE PREMIÈRE NAISSANCE D'UNE GROSSESSE MULTIPLE, ALLEZ À Q215.</p>
<p>01 SIMPLE 1</p> <p>Jumeaux 2</p> <p>Triplets 3</p> <p>Nbre de résultats <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT 1 (ALLEZ À 218) ↙</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3 (ALLEZ À 220) ↙</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINE 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ↙</p> <p>NON 2 (GROSSESSE SUIVANTE) ↙</p>
<p>02 SIMPLE 1</p> <p>Jumeaux 2</p> <p>Triplets 3</p> <p>Nbre de résultats <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT 1 (ALLEZ À 218) ↙</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3 (ALLEZ À 220) ↙</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINE 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ↙</p> <p>NON 2 (GROSSESSE SUIVANTE) ↙</p>
<p>03 SIMPLE 1</p> <p>Jumeaux 2</p> <p>Triplets 3</p> <p>Nbre de résultats <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT 1 (ALLEZ À 218) ↙</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3 (ALLEZ À 220) ↙</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINE 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ↙</p> <p>NON 2 (GROSSESSE SUIVANTE) ↙</p>
<p>04 SIMPLE 1</p> <p>Jumeaux 2</p> <p>Triplets 3</p> <p>Nbre de résultats <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT 1 (ALLEZ À 218) ↙</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3 (ALLEZ À 220) ↙</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINE 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ↙</p> <p>NON 2 (GROSSESSE SUIVANTE) ↙</p>

SECTION 2. REPRODUCTION

	223	224	225	226	227	228	228A
			SI NÉ VIVANT ET ENCORE EN VIE:		INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	SI NÉ VIVANT ET MAINTENANT DÉCÉDÉ:	SI NÉ VIVANT ET MAINTENANT DÉCÉDÉ:
	VÉRIFIEZ 216, 217 ET 221: SI 216 OU 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT. SI 216=2 OU 3, VÉRIFIEZ 221. SI 221 ≥ 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = MORT NÉ. SI 221 < 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = FAUSSE COUCHE. SI 216=4, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = AVORTEMENT.	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	(NOM) vit-il/elle avec vous ?		Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?	En quel mois et quelle année [NAME] était-il/elle décédé(e)?
01	NÉ VIVANT 1 MORT-NÉ 2 FAUSSE-COUCHE 3 AVORTEMENT 4	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 228)	ÂGE EN ANNÉES [][]	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE [][] ↓ (ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)	JOUR 1 [][] MOIS 2 [][] ANNÉE 3 [][]	MOIS [][] ANNEE [][][][]
02	NÉ VIVANT 1 MORT-NÉ 2 FAUSSE-COUCHE 3 AVORTEMENT 4	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 228)	ÂGE EN ANNÉES [][]	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE [][] ↓ (ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)	JOUR 1 [][] MOIS 2 [][] ANNÉE 3 [][]	MOIS [][] ANNEE [][][][]
03	NÉ VIVANT 1 MORT-NÉ 2 FAUSSE-COUCHE 3 AVORTEMENT 4	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 228)	ÂGE EN ANNÉES [][]	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE [][] ↓ (ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)	JOUR 1 [][] MOIS 2 [][] ANNÉE 3 [][]	MOIS [][] ANNEE [][][][]
04	NÉ VIVANT 1 MORT-NÉ 2 FAUSSE-COUCHE 3 AVORTEMENT 4	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 228)	ÂGE EN ANNÉES [][]	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE [][] ↓ (ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)	JOUR 1 [][] MOIS 2 [][] ANNÉE 3 [][]	MOIS [][] ANNEE [][][][]

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
228B	VÉRIFIEZ 228A: DECES DEPUIS 2016? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		229
228C	SAISISSEZ LE NOMBRE DES DECES DE MOINS DE 5 ANS. <input type="text"/>		
228D	Je voudrais vous informer que de plus amples informations sur les circonstances dans lesquelles est survenu le décès de votre (vos) enfant(s) de moins de cinq ans feront l'objet d'une autre enquête très prochainement. Ces informations pourront ainsi aider le Gouvernement de Côte d'Ivoire à mettre en place des mesures plus appropriées afin de réduire le nombre de ces types de décès. Si cela vous convient, une autre équipe reviendra à une date ultérieure pour interviewer un ou certains membres du ménage à propos du (des) décès que vous venez de mentionner. Êtes-vous d'accord ?	OUI 1 NON 2	
229	Avez-vous eu une grossesse qui s'est arrêtée avant terme depuis la dernière grossesse que vous avez mentionnée ?	OUI 1 (ENREGISTREZ RÉSULTATS GROSSESSE DANS TABLEAU) NON 2	
230	COMPAREZ 212 AVEC NOMBRE DE RÉSULTATS DE GROSSESSE DANS L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST PLUS GRAND OU ÉGAL À 212 <input type="checkbox"/> NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST INFÉRIEUR À 212 <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ)		
231	C POUR CHAQUE NAISSANCE EN 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 VIVANTE, 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.) POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2016-2021, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS DE GROSSESSE. SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.		
232	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	236
233	De combien de semaines ou de mois êtes-vous enceinte ? ENEGISTREZ LE NOMBRE DE SEMAINES OU 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. SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	SEMAINES 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/>	
234	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	236

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
235	<p>VÉRIFIEZ 208 : NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES VIVANTES</p> <p>UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <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 ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?</p>	<p>PLUS TARD 1</p> <p>PLUS/AUCUN 2</p>	
236	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____ (DATE, SI DONNÉE)</p>	<p>IL Y A JOURS 1</p> <p>IL Y A SEMAINES 2</p> <p>IL Y A MOIS 3</p> <p>IL Y A ANNÉES 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p>	<p>→ 240</p> <p>→ 241</p>
237	<p>VÉRIFIEZ 236 : EST-CE QUE LES DERNIÈRES RÈGLES ONT EU LIEU AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ?</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE</p> <p>NON, <input type="checkbox"/> UNE ANNÉE OU PLUS</p>		→ 240
238	<p>Durant vos dernières règles, qu'avez-vous utilisé pour recueillir ou absorber le sang des règles ?</p> <p>Autre chose ? _____</p>	<p>SERVIETTES HYGIÉNIQUES RÉUTILISABLES A</p> <p>SERVIETTES HYGIÉNIQUES JETABLES B</p> <p>TAMPONS C</p> <p>COUPE MENSTRUELLE D</p> <p>TISSU E</p> <p>PAPIER TOILETTE F</p> <p>COTON G</p> <p>SOUS-VÊTEMENT SEULEMENT H</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>RIEN Y</p>	
239	<p>Durant vos dernières règles, est-ce que vous avez pu vous laver et vous changer en privé chez vous ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>LOIN DE LA MAISON PENDANT SES DERNIÈRES RÈGLES 3</p>	
240	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premières règles ?</p>	<p>ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
241	<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>NE SAIT PAS 8</p>	→ 243
242	<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 RÈGLES NE COMMENCENT 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÈGLES 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
243	<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	<p>Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler d'une (MÉTHODE) ?</p>	
01	<p>Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
02	<p>Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
03	<p>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 une année ou plus.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
04	<p>Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
05	<p>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.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
06	<p>Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
07	<p>Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
08	<p>Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
09	<p>Contraception d'urgence. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant 3 jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
10	<p>Méthode des Jours Fixes (MJF). INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
11	<p>Méthode de l'Aménorrhée et de l'allaitement Maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant 6 mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui demande d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
12	<p>Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
13	<p>Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
14	<p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI, MÉTHODE MODERNE A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE B (PRÉCISEZ) NON Y</p>

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	<p>VÉRIFIEZ 232 :</p> <p align="center">PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p align="center">OU PAS SÛRE ↓</p>		→ 317
303	Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 307
304	<p>Est-ce que vous, ou votre partenaire, êtes stérilisé ?</p> <p>INSISTER : Qui est stérilisé, vous ou votre partenaire ?</p>	<p>OUI, ENQUÊTÉE STÉRILISÉE SEULEMENT .. 1</p> <p>OUI, PARTENAIRE STÉRILISÉ SEULEMENT 2</p> <p>OUI, LES DEUX STÉRILISÉS 3</p> <p>NON, NI L'UN, NI L'AUTRE STÉRILISÉ 4</p>	→ 306
305	<p>VÉRIFIEZ 304:</p> <p align="center">ENQUÊTÉE <input type="checkbox"/> PARTENAIRE <input type="checkbox"/> LES DEUX <input type="checkbox"/></p> <p align="center">STÉRILISÉE SEULEMENT ↓ STÉRILISÉ SEULEMENT ↓ STÉRILISÉS ↓</p> <p align="center">PASSEZ À 307. ENCERCLEZ PASSEZ À 307. ENCERCLEZ PASSEZ À 307. ENCERCLEZ</p> <p align="center">CODE 'A' CODE 'B' CODE 'A' ET CODE 'B'</p> <p align="center">ET SUIVEZ L'INSTRUCTION ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE</p> <p align="center">DE PASSAGE. PASSAGE. PASSAGE.</p>		
306	Juste pour être sûre, est-ce que vous ou votre partenaire faites l'une des choses suivantes pour éviter une grossesse : éviter délibérément les rapports sexuels certains jours, utiliser un condom, pratiquer le retrait ou utiliser la contraception d'urgence ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 317
307	<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>CONDOM G</p> <p>CONDOM FÉMININ H</p> <p>CONTRACEPTION D'URGENCE 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>→ 312</p> <p>→ 314</p> <p>→ 314</p> <p>→ 310</p> <p>→ 311</p> <p>→ 314</p>
308	<p>Je vais vous montrer maintenant deux photos. Montrez-moi sur la photo ce qui ressemble le plus à ce qui a été utilisé la dernière fois que vous avez reçu votre injectable.</p> <p>MONTREZ DES PHOTOS DE SAYANA PRESS ET D'UNE SERINGUE NORMALE.</p>	<p>DMPA-SC/SAYANA PRESS 1</p> <p>AIGUILLE ET SERINGUE 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 313A
309	La dernière fois que vous avez reçu votre injectable, est-ce que vous vous êtes injecté vous-même DMPA-SC/Sayana Press ou c'est un prestataire de santé qui l'a fait pour vous ?	<p>AUTO-INJECTION 1</p> <p>INJECTION FAITE PAR</p> <p> PRESTATAIRE DE SANTÉ 2</p> <p>INJECTION FAITE PAR</p> <p> AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 314

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
310	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PILPLAN 01</p> <p>OVRETTE 02</p> <p>PLANIF 03</p> <p>LO FEMENAL 04</p> <p>MINIDRIL 05</p> <p>STEDIRIL 06</p> <p>ADEPAL 07</p> <p>MICROGYNON 08</p> <p>CONFIANCE 09</p> <p>MICROLUT 10</p> <p>MICROVAL 11</p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 314</p>
311	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PRUDENCE 01</p> <p>COMPLICE 02</p> <p>IPPF 03</p> <p>CONDOM GENERIQUE (NO L 04</p> <p>KAMASSOUTRA 05</p> <p>KISS 06</p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 314</p>
312	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT .</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU C 11</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 13</p> <p>MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT. 14</p> <p>CLINIQUE PLANIFI 15</p> <p>CLINIQUE MOBILE 16</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>..... 17</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CLINIQUE 21</p> <p>CENTRE MEDICAL/CABINET MEDICAL 22</p> <p>INFIRMERIE PRIVE 23</p> <p>MATERNITE PRIVE 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>..... 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 31</p> <p>CLINIQUE ONG 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>..... 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
313	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> 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>													→ 315
313A	Quelle marque de contraceptif Injectable utilisez vous actuellement? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	HARMONIA 01 DEPO-PROVERA 02 NORISTERA 03 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98													
314	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ? INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> 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>													
315	VÉRIFIEZ 313 ET 314, ET 220 : UNE NAISSANCE VIVANTE, UN MORT-NÉ, UNE FAUSSE-COUCHE OU UN AVORTEMENT APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 313 OU 314? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> NON <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> RETOURNEZ À 313 OU 314, 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). </div> <div style="text-align: center;"> OUI <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div>														

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI) (8)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
316	<p>VÉRIFIEZ 313 ET 314 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ANNEE EST 2016-2021 <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> <p>ENSUITE CONTINUEZ <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>ANNEE EST 2015 OU PLUTÔT <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2015.</p> <p>ENSUITE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 329) ←</p> </div> </div>		
317	<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 2015. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>		
317A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?	OUI 1 NON 2	→ 317I
317C	Quelle était cette méthode ?	CODE MÉTHODE <input type="text"/>	
317D	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	IMMÉDIATEMENT 00 MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE 95	→ 317F
317E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE 95	→ 317H
317G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317H	Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ?	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>	
317I	RETOURNEZ À 317A POUR INTERRUPTION SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTION, ALLEZ À 318.		

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
318	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé la contraception d'urgence ? Je veux dire est-ce que vous avez pris des pilules spéciales dans les 3 jours qui ont suivi des rapports sexuels non protégés pour éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	
319	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"/>		→ 321
320	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 331
321	VÉRIFIEZ 307 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 CONTRACEPTION D'URGENCE 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 331 → 324 → 334 → 334 → 334

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
322	<p>Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 314). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GC 11</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 13</p> <p>MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT 14</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 15</p> <p>CLINIQUE MOBILE 16</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIQUE 17</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CLINIQUE 21</p> <p>CENTRE/CABINET MÉDICAL 22</p> <p>INFIRMERIE PRIVÉE 23</p> <p>MATERNITÉ PRIVÉE 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 31</p> <p>CLINIQUE ONG 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/CENTRE COMMERCIAL 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMIS/PARENTS 43</p> <p>RUE/PHARMACIE PAR TERTIAIRE 44</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
323	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 325
324	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
325	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous ressentiez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
326	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	<p>VÉRIFIEZ 307 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE EST ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>DIU 03</p> <p>INJECTABLES 04</p> <p>IMPLANTS 05</p> <p>PILULE 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>CONTRACEPTION D'URGENCE 09</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES 10</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE 95</p>	→ 334

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ À
328	À ce moment-là, est-ce qu'on vous a dit que vous pouviez changer pour une autre méthode si vous le souhaitiez ou parce que c'était nécessaire ?	OUI	1	→ 330
		NON	2	
329	VÉRIFIEZ 307 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE	01	→ 334
		STÉRILISATION MASCULINE	02	
		DIU	03	→ 334
		INJECTABLES	04	
		IMPLANTS	05	
		PILULE	06	
		CONDOM	07	
		CONDOM FÉMININ	08	
		CONTRACEPTION D'URGENCE	09	
		MÉTHODE DES JOURS FIXES	10	
		MAMA	11	
		MÉTHODE DU RYTHME	12	
		RETRAIT	13	
		AUTRE MÉTHODE MODERNE	95	
		AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE	96	
			→ 334	

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
330	<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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GC 11</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERN 13</p> <p>MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT 14</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 15</p> <p>CLINIQUE MOBILE 16</p> <p>PUBLIC _____ 17</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CLINIQUE 21</p> <p>CENTRE MEDICAL/CABINET MEDICAL 22</p> <p>INFIRMERIE PRIVÉE 23</p> <p>MATERNITÉ PRIVÉE 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 31</p> <p>CLINIQUE ONG 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p>ONG _____ 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/CENTRE COMMERCIAL 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMIS/PARENTS 43</p> <p>RUE/PHARMACIE PAR TERTIAIRE 44</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 334</p>
331	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
334	<p>VÉRIFIEZ 202 : ENFANTS 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>
335	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À			
401	VÉRIFIEZ 220 ET 225 : UN RÉSULTAT OU PLUS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	AUCUN RÉSULTAT DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 601			
402	<p>VÉRIFIEZ 220. LISTE DU NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE À 215 POUR CHAQUE RÉSULTAT DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE. CLASSER CHAQUE RÉSULTAT DE GROSSESSE PAR TYPE EN UTILISANT 223 ET L'ORDRE DES RÉSULTATS DANS L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE.</p> <p>TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE</p> <p> NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT 4 AVORTEMENT OU FAUSSE-COUCHE 5 </p> <p> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE ... <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE ... <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE ... <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE ... <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE ... <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE ... <input type="text"/> </p>					
403	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos grossesses qui ont eu lieu au cours des 3 dernières années. (Nous parlerons de chaque grossesse séparément, en commençant par la dernière).					
404	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE DE 402.	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>				
405	TYPE DE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE DE 402.	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE ... 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT 4 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT 5	→ 407			
406	ENREGISTREZ LA DATE DE LA GROSSESSE QUI S'EST TERMINÉE À 220.	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 408			
407	ENREGISTREZ NOM DE 218. NOM _____					
408	<p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <table border="0"> <tr> <td> TYPE GROSSESSE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> a) Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ? </td> <td> TYPE GROSSESSE 3, 4, OU 5 <input type="checkbox"/> b) Quand vous êtes tomber enceinte pendant la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ? </td> <td> OUI 1 NON 2 </td> </tr> </table>			TYPE GROSSESSE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> a) Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	TYPE GROSSESSE 3, 4, OU 5 <input type="checkbox"/> b) Quand vous êtes tomber enceinte pendant la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2
TYPE GROSSESSE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> a) Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	TYPE GROSSESSE 3, 4, OU 5 <input type="checkbox"/> b) Quand vous êtes tomber enceinte pendant la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2				

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
409	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou pas d'enfant du tout ?	PLUS TARD 1 PAS D'ENFANT DU TOUT 2	→ 411
410	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NE SAIT PAS 998	
411	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT 4 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT 5	→ 434 → 434 → 475
412	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 414
413	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/> MORT-NÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 420) ← LE PLUS RÉCENT →		→ 426
414	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME B AIDE SOIGNANTE/FILLE DE SALL C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN E AUTRE X (PRÉCISEZ)	
415	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG , ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	MAISON SA MAISON A AUTRE MAISON B SECTEUR PUBLIC CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GVERNEM C CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL D CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT E CLINIQUE MOBILE F MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT. G AUTRE SECTEUR PUBLIC H (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ POLYCLINIQUE/CI I CENTRE MEDICAL J INFIRMERIE PRIVEE K MATERNITE PRIVEE L AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ M (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG N CLINIQUE ONG O AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG P (PRÉCISEZ) AUTRE X (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>																																									
416	De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	SEMAINES 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998																																									
417	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																																									
418	Dans le cadre de vos soins prénatals durant cette grossesse, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants au moins une fois : a) Mesurer votre pression artérielle ? b) Effectuer un prélèvement d'urine ? c) Effectuer un prélèvement sanguin ? d) Écouter les battements cardiaques du bébé ? e) Parler avec vous des aliments que vous devriez manger ? f) Parler avec vous de l'allaitement ? g) Demander si vous aviez eu des saignements vaginaux ? h) Mesurer la la circonférence de votre bras ? i) Parler avec vous de l'allaitement exclusif pendant 6 mois?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr> <td>a) PRESSION ARTÉRIELLE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) URINE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) SANG</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) BATTEMENTS CARDIAQUES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) ALIMENTS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>f) ALLAITEMENT</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>g) SAIGNEMENTS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>h) CIRCONFERENCE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>i) ALLAITEMENT EXCLUSIF</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	a) PRESSION ARTÉRIELLE	1	2	8	b) URINE	1	2	8	c) SANG	1	2	8	d) BATTEMENTS CARDIAQUES	1	2	8	e) ALIMENTS	1	2	8	f) ALLAITEMENT	1	2	8	g) SAIGNEMENTS	1	2	8	h) CIRCONFERENCE	1	2	8	i) ALLAITEMENT EXCLUSIF	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																								
a) PRESSION ARTÉRIELLE	1	2	8																																								
b) URINE	1	2	8																																								
c) SANG	1	2	8																																								
d) BATTEMENTS CARDIAQUES	1	2	8																																								
e) ALIMENTS	1	2	8																																								
f) ALLAITEMENT	1	2	8																																								
g) SAIGNEMENTS	1	2	8																																								
h) CIRCONFERENCE	1	2	8																																								
i) ALLAITEMENT EXCLUSIF	1	2	8																																								
418A	VÉRIFIEZ 418 OUI AUX CODES b ET/OU c <input type="checkbox"/> AUTRES <input type="text"/>		→ 419																																								
418B	Vous a-t-on fait un test pour doser le sucre?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 419																																								
418C	La grossesse avait combien des mois quand on vous a fait le test pour doser le sucre?	MOIS <input type="text"/>																																									
419	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT GROSSESSE NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE ↓ MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT		→ 426																																								
420	Durant cette grossesse, est-ce que l'on vous a fait une injection dans le bras pour éviter au bébé de contracter le tétanos après la naissance ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 423																																								
421	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																																									
422	VÉRIFIEZ 421 : UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> DEUX FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 426																																								
423	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 426																																								
424	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu une injection contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8																																									

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
425	<p>VÉRIFIEZ 424 :</p> <p>SEULE-MENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?</p> <p>b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?</p>	<p>IL Y A ANNÉES <input type="text"/></p>	
426	<p>Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?</p> <p>MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP/ SUPPLÉMENTS MICRONUTRIMENTS</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 429</p>
427	<p>Où avez-vous obtenu les comprimés de fer ou le sirop contenant du fer ?</p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE/DÉS ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT C</p> <p>MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT D</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE E</p> <p>CLINIQUE MOBILE F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC G</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CLINIQUE H</p> <p>CENTRE MEDICAL/CABINET MEDICAL I</p> <p>INFIRMERIE PRIVEE J</p> <p>MATERNITE PRIVEE K</p> <p>PHARMACIE L</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL M</p> <p>PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG N</p> <p>CLINIQUE ONG O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG P</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/CENTRE COMMERCIAL Q</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE R</p> <p>AMIS/PARENTS S</p> <p>RUE/PHARMACIE PAR TERRE T</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	
428	<p>Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.</p>	<p>JOURS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
429	<p>Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
431	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 434
432	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
433	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLIS. DE SANTÉ .. 2 AILLEURS 6	
434	VÉRIFIEZ 405: TYPE GROSSESSE <input type="text"/> 1 OU 2 TYPE GROSSESSE <input type="text"/> 3 OU 4 a) Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? b) Qui a assisté l'accouchement de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ? INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME B SAGE-FEMME AUXILIAIRE/AIDE SOIGNANT C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D PARENT/AMI E X AUTRE _____ (PRÉCISEZ) PERSONNE N'A ASSISTÉ Y	
435	VÉRIFIEZ 405: TYPE GROSSESSE <input type="text"/> 1 OU 2 TYPE GROSSESSE <input type="text"/> 3 OU 4 a) Où avez-vous accouché de (NOM) ? b) Où a eu lieu l'accouchement de cet enfant mort-né ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVERNEM 21 CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 22 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 23 CLINIQUE MOBILE 24 MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT. 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ POLYCLINIQUE/CLINIQUE 31 MÉDECIN PRIVÉ 32 MATERNITÉ PRIVÉE 33 AGENT DE SANTÉ 34 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG 41 CLINIQUE ONG 42 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 46 (PRÉCISEZ) AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	→ 437 → 437

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
436	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1 OU 2 TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3 OU 4</p> <p>a) 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>b) Est-ce que l'accouchement de cet enfant mort-né a eu lieu par césarienne, c'est-à-dire qu'on a ouvert votre ventre pour sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
437	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE	<p>NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1</p> <p>NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE 2</p> <p>MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT 3</p> <p>MORT-NÉ PRÉCÉDENT 4</p>	<p>→ 441</p> <p>→ 445</p> <p>→ 487</p>
438	Après la naissance, est-ce qu'on a posé (NOM) sur votre poitrine ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 441</p>
439	Est-ce que la peau de (NOM) touchait votre peau ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 441</p>
440	Combien de temps après la naissance, (NOM) a-t-il été posé peau contre peau sur votre poitrine ? SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTREZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES; SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	<p>IMMÉDIATEMENT 000</p> <p>HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
441	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	<p>TRÈS GROS 1</p> <p>PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2</p> <p>MOYEN 3</p> <p>PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4</p> <p>TRÈS PETIT 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
442	(NOM) a-t-il /elle été pesé (e) à la naissance ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 444</p>
443	Combien (NOM) pesait-il/elle ?	<p>KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 99998</p>	
444	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE	<p>NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 480</p>
445	VÉRIFIEZ 435 : LIEU D'ACCOUCHEMENT	<p>NAISSANCE ÉTABLISSEMENT: <input type="checkbox"/></p> <p>UN CODE 21 À 46 ENCERCLÉ</p> <p>CODE 11, 12, OU 96 <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ</p>	<p>→ 464</p>

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <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>									
446	Est-ce que dans l'établissement de santé, les médecins, les infirmières ou les autres membres du personnel vous ont traitée avec respect tout le temps de votre séjour, une certaine partie ou pas du tout ?	TOUT LE TEMPS DU SÉJOUR 1 UNE CERTAINE PARTIE 2 PAS DU TOUT 3									
447	VÉRIFIEZ 405: TYPE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> TYPE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> a) Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À Q.435) ? b) Pour l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406), pendant combien de temps après la naissance êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT À 435) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.			HEURES 1 <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> JOURS 2 <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> SEMAINES 3 <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> NE SAIT PAS 998							
448	Je voudrais vous parler maintenant des contrôles de votre santé après l'accouchement comme par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée ? Avant que vous ne quittiez l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ?	OUI 1 NON 2	→ 451								
449	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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <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> SEMAINES 3 <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> NE SAIT PAS 998									
450	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE/AIDE SOIGNANT 13 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)									
451	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE NAISSANCE VIVANTE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> LA PLUS RÉCENTE		MORT-NÉ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> LE PLUS RÉCENT		→ 455						
452	Je voudrais maintenant vous parler des contrôles de la santé de (NOM)--par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou parlé avec vous des soins à donner à (NOM). Avant que (NOM) ne quitte l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné l'état de santé de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 455								

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <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>																			
453	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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS 998																			
454	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE// 13 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)																			
455	Je voudrais maintenant vous parler de ce qui s'est passé après votre départ de l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après avoir quitté l'établissement ?	OUI 1 NON 2	→ 459																		
456	Combien de temps après l'accouchement cet examen a-t-il eu lieu ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS 998																			
457 (1)	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE/AIDE SOIGNANT 13 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)																			

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
458	<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, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVERNEMENT 21</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT. 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CI 31</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 32</p> <p>MATERNITÉ PRIVÉE 33</p> <p>AGENT DE SANTÉ 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 41</p> <p>CLINIQUE ONG 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	
459	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE</p> <p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> MORT-NÉ <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div> </p> <p style="text-align: right;">→ 474</p>		
460	<p>Après que (NOM) a quitté [ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À 435], est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ENFANT DECEDE A L'HOPITAL 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 473
461	<p>Combien de temps après la naissance de (NOM) cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
462	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12</p> <p>SAGE-FEMME AUXILIAIRE/AIDE SOIGNANT 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <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>							
463 (1)	<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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVERNEM 21</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT. 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE MEDICAL/CABINET MEDICAL 32</p> <p>INFIRMERIE PRIVÉE 33</p> <p>MATERNITÉ PRIVÉE 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 41</p> <p>CLINIQUE ONG 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	473						
464	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> TYPE GROSSESSE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>a) 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>b) Je voudrais vous parler des vérifications de votre état de santé après l'accouchement, par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée. Est-ce que quelqu'un vous a examinée après avoir accouché de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ?</p>			<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	468				
465	<p>Combien de temps après l'accouchement cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <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></p> <p>SEMAINES 3 <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></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
466	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE/AIDE SOIGNANT 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	
467	<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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVERNEM 21 CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 22 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 23 CLINIQUE MOBILE 24 MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT. 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ POLYCLINIQUE/CI 31 MÉDECIN PRIVÉ 32 MATERNITÉ PRIVÉE 33 AGENT DE SANTÉ 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG 41 CLINIQUE ONG 42 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	
468	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE</p> <p> NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT </p>		<p>→ 474</p>
469	<p>Je voudrais vous parler du contrôle de la santé de (NOM) -- par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou qui vous a parlé des soins à donner à (NOM).</p> <p>Après que (NOM) est né, est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 473</p>
470	<p>Combien de temps après la naissance de (NOM) cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE																										
471	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE/AIDE SOIGNANT 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>																										
472	<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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVERNEM 21 CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 22 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 23 CLINIQUE MOBILE 24 MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT. 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ POLYCLINIQUE/CI 31 MÉDECIN PRIVÉ 32 MATERNITÉ PRIVÉE 33 AGENT DE SANTÉ 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG 41 CLINIQUE ONG 42 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>																										
473	<p>Au cours des 2 jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Il a examiné le cordon ? b) Il a vérifié la température de (NOM) ? c) Il vous a dit comment reconnaître si votre bébé a besoin d'une attention médicale immédiate ? d) Il a parlé avec vous de l'allaitement maternel ? e) Il a observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDON</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) TEMP.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) ATTENTION MÉDICALE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) PARLÉ ALLAITEMENT</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) CORDON	1	2	8	b) TEMP.....	1	2	8	c) ATTENTION MÉDICALE	1	2	8	d) PARLÉ ALLAITEMENT	1	2	8	e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8		
	OUI	NON	NSP																									
a) CORDON	1	2	8																									
b) TEMP.....	1	2	8																									
c) ATTENTION MÉDICALE	1	2	8																									
d) PARLÉ ALLAITEMENT	1	2	8																									
e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8																									
474	<p>Durant les 2 premiers jours après la naissance, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants :</p> <p>a) Mesurer votre pression artérielle ? b) Parler de vos saignements vaginaux ? c) Discuter de planification familiale avec vous ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PRESSION ARTÉRIELLE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) SAIGNEMENTS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) PLANIFICATION FAMILIALE ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) PRESSION ARTÉRIELLE	1	2	8	b) SAIGNEMENTS	1	2	8	c) PLANIFICATION FAMILIALE ..	1	2	8										
	OUI	NON	NSP																									
a) PRESSION ARTÉRIELLE	1	2	8																									
b) SAIGNEMENTS	1	2	8																									
c) PLANIFICATION FAMILIALE ..	1	2	8																									
475	<p>VÉRIFIEZ 215 : CETTE GROSSESSE EST-ELLE LA DERNIÈRE GROSSESSE DE LA FEMME ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>			479																								

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
476	<p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <p>GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/></p> <p>a) Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p> <p>GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/></p> <p>b) Est-ce que vos règles sont revenues depuis la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
477	<p>VÉRIFIEZ 232 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE</p> <p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE</p>		→ 479
478	<p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <p>GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/></p> <p>a) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?</p> <p>GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/></p> <p>b) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la grossesse qui s'est terminée (DATE DE 406) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
479	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE	<p>NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE ... 1</p> <p>MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT 3</p> <p>FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT 5</p>	→ 487
480	Avez-vous allaité (NOM) ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 482
481	<p>VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT:</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p>		→ 486 → 487
482	<p>Combien de temps après la naissance, avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?</p> <p>SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 000</p> <p>HEURES 1 <input type="text"/></p> <p>JOURS 2 <input type="text"/></p>	
483	Dans les 2 premiers jours après l'accouchement, a-t-on donné à (NOM) autre chose que le lait maternel pour boire ou manger-quelque chose comme de l'eau, lait pour bébé, tisane, decoction ou bandji ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
484	<p>VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT :</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p>		→ 487
485	Allaitez-vous encore (NOM) ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
486	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier durant la journée ou la nuit ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
487	<p>VÉRIFIEZ 402 : PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?</p> <p>AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 404 POUR LE PROCHAIN RÉSULTAT DE GROSSESSE)</p> <p>PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p>		→ 501

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501	<p>VÉRIFIEZ 220, 224 ET 225 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> </div> </div>		→ 601
502	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 3 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant séparément, en commençant par le plus jeune).		
503	<p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE DE 215 ET 218 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER.</p> <p>NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE </p>		
504	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	<p>OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1</p> <p>OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT 2</p> <p>OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT 3</p> <p>NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4</p>	<p>→ 507</p> <p>→ 507</p>
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
506	<p>VÉRIFIEZ 504 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '2' ENCERCLÉ</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '4' ENCERCLÉ</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> </div> </div>		→ 513
507	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	<p>OUI, SEULEMENT CARNET VU 1</p> <p>OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU .. 2</p> <p>OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS .. 3</p> <p>NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4</p>	<p>→ 513</p>
508	ENREGISTREZ LA DATE DE NAISSANCE DE (NOM) DU CARNET DE VACCINATION OU D'UN AUTRE DOCUMENT.	<p>JOUR </p> <p>MOIS </p> <p>ANNÉE </p> <p>PAS DE DATE DE NAISSANCE SUR CARNET 95</p>	

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																	
509	<p>RECOPIEZ LES DATES DES VACCINATIONS DU CARNET DE (NOM). 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. INSCRIVEZ '00' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE EST VIDE POUR LA DOSE.</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/VPO zéro</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 1/VPO1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 2/VPO2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 3/VPO3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INJECTABLE/VPI</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCOQ-HEP.B-HIB/PENTA1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCOQ-HEP.B-HIB/PENTA2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCOQ-HEP.B-HIB/PENTA3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 1/PCV13-1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 2/PCV13-2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 3/PCV13-3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1/ROTA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2/ROTA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 3/ROTA 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLE (VAR/RR)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIEVRE JAUNE/VACCIN ANTIAMARIL (VAA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MENINGITE A (MEN A)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A/VIT A</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				VACCIN POLIO ORAL 0/VPO zéro				VACCIN POLIO ORAL 1/VPO1				VACCIN POLIO ORAL 2/VPO2				VACCIN POLIO ORAL 3/VPO3				VACCIN POLIO INJECTABLE/VPI				DTCOQ-HEP.B-HIB/PENTA1				DTCOQ-HEP.B-HIB/PENTA2				DTCOQ-HEP.B-HIB/PENTA3				PNEUMOCOQUE 1/PCV13-1				PNEUMOCOQUE 2/PCV13-2				PNEUMOCOQUE 3/PCV13-3				ROTAVIRUS 1/ROTA 1				ROTAVIRUS 2/ROTA 2				ROTAVIRUS 3/ROTA 3				VACCIN ANTIROUGEOLE (VAR/RR)				FIEVRE JAUNE/VACCIN ANTIAMARIL (VAA)				MENINGITE A (MEN A)				VITAMINE A/VIT A					
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																
BCG																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL 0/VPO zéro																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL 1/VPO1																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL 2/VPO2																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL 3/VPO3																																																																																			
VACCIN POLIO INJECTABLE/VPI																																																																																			
DTCOQ-HEP.B-HIB/PENTA1																																																																																			
DTCOQ-HEP.B-HIB/PENTA2																																																																																			
DTCOQ-HEP.B-HIB/PENTA3																																																																																			
PNEUMOCOQUE 1/PCV13-1																																																																																			
PNEUMOCOQUE 2/PCV13-2																																																																																			
PNEUMOCOQUE 3/PCV13-3																																																																																			
ROTAVIRUS 1/ROTA 1																																																																																			
ROTAVIRUS 2/ROTA 2																																																																																			
ROTAVIRUS 3/ROTA 3																																																																																			
VACCIN ANTIROUGEOLE (VAR/RR)																																																																																			
FIEVRE JAUNE/VACCIN ANTIAMARIL (VAA)																																																																																			
MENINGITE A (MEN A)																																																																																			
VITAMINE A/VIT A																																																																																			
510	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE LA PERMISSION DE PRENDRE UNE PHOTOGRAPHIE DU CARNET DE VACCINATION OU D'UN AUTRE DOCUMENT OÙ LES VACCINS SONT ENREGISTRÉS. SI LA PERMISSION EST ACCORDÉE, PHOTOGRAPHIEZ LE CARNET.	PHOTOGRAPHIE PRISE 1 PHOTOGRAPHIE NON PRISE, PERMISSION NON ACCORDÉE 2 PHOTOGRAPHIE NON PRISE, AUTRE RAISON 6 (PRÉCISEZ)																																																																																	
511	VÉRIFIEZ 509 : 'BCG' À 'MENINGITE A' TOUS AVEC UNE DATE ENREGISTRÉE OU '44' ENREGISTRÉ DANS LA COLONNE 'JOUR' ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → 529																																																																																		

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
512	<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 la semaine de vaccination comme les campagnes contre la polio, la rougeole, la méningite?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE À 509 AU MOINS UN DES VACCINS QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.</p>	<p>OUI 1 (UTILISEZ LA LISTE DANS CAPI POUR SELECTIONNER LES AUTRES VACCINATIONS DONNÉES. NOTEZ QUE CAPI CHANGERA LA RÉPONSE À 509 DANS LA COLONNE 'JOUR' DE '00' À '66' POUR LES VACCINATIONS SELECTIONNÉES)</p> <p>(PASSEZ ENSUITE À 529)</p> <p>NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
512A	<p>VÉRIFIEZ 509: AU MOINS UN VACCIN ENREGISTRÉ SUR LE CARNET ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> PASSEZ À 529 ←</p> <p>NON <input type="checkbox"/> → 530</p>		
513	(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 la semaine de vaccination ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 530
514	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
517	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>	→ 521
518	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les 2 semaines après la naissance ou plus tard ?	<p>DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2</p>	
519	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
520	La dernière fois que (NOM) a reçu des gouttes contre la polio, est-ce que (NOM) a aussi reçu une injection de VPI dans le bras à partir de 3 mois pour le/la protéger contre la polio ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
521	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 523
522	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	→ 525

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
524	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
525	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 527
526	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
527	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras à partir de 9 mois pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 529
528	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
529	Où (NOM) a-t-il reçu la plupart de ses vaccins ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	SECTEUR PUBLIC CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVERNEM 11 CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 12 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 13 CLINIQUE MOBILE 14 MATERNITÉ DU GOUVERNEMENT. 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ POLYCLINIQUE/CL 21 MÉDECIN PRIVÉ 22 MATERNITÉ PRIVÉE 23 CLINIQUE MOBILE 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE [CAMPAGNE VACCINATION] 41 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
530	VÉRIFIEZ 220 ET 224 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ? D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 POUR ENFANT SURVIVANT SUIVANT) ←	PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> →	601

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
601	<p>VÉRIFIEZ 220, 224, ET 225 DANS L'HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?</p> <p>UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> <p>PAS D'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p>		643
602	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant séparément, en commençant par le plus jeune).		
603	<p>ENREGISTREZ LE NOM DE 218 ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES DE 215 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER.</p> <p>NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
604	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que l'on a donné à (NOM) l'une des choses suivantes :</p> <p>a) Du fer sous forme de comprimé ou de sirop ?</p> <p>MONTREZ DES TYPES COURANTS DE COMPRIMÉS/SIROPS.</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) COMPRIMÉS/SIROP 1 2 8</p>	
605	<p>Au cours des 6 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 CAPSULES ROUGES OU BLEUES DE VITAMINES A.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
605A	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois (NOM) a-t-il déjà reçu une dose de vitamine A ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
606	<p>Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'on a donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
606A	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois (NOM) a-t-il déjà reçu des médicaments contre les vers intestinaux ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
607	<p>Au cours des 3 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé a mesuré :</p> <p>a) le poids de (NOM) ?</p> <p>b) La taille de (NOM) ?</p> <p>c) la circonférence du bras à mi-hauteur de (NOM) ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) POIDS 1 2 8</p> <p>b) TAILLE 1 2 8</p> <p>c) BRAS 1 2 8</p>	

608	Au cours des deux dernières semaines, (NOM) a-t-il eu la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 618
-----	---	---	-------

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	
609	<p>VÉRIFIEZ 485 : 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>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"></div> <div style="width: 45%;"> BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8 </div> </div>	
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>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"></div> <div style="width: 45%;"> BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ LA NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8 </div> </div>	
611	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI 1 NON 2	→ 615

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
612	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVT A</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/</p> <p>AGENT DE TERRAIN E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CL G</p> <p>CENTRE/CABINET H</p> <p>INFIRMERIE PR I</p> <p>MATERNITE PRIVE J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG M</p> <p>CLINIQUE ONG N</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MAGASIN/CENTRE COMMERCIAL P</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ R</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE/AMIS/PARENTS</p> <p>VENDEUR ITINÉRANT DE MÉDICAMENTS/</p> <p>MÉDICAMENTS/RUE/PHARMACIE/ S</p> <p>PAR TERRE</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																	
613	<p>VÉRIFIEZ 612 : DEUX CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCERCLÉS</p>		<p>SEULEMENT UN <input type="checkbox"/> CODE ENCERCLÉ → 615</p>																
614	<p>Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p>	<p>PREMIER ENDROIT <input type="text"/></p>																	
615	<p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial tel que "ORASEL ou OSMIL"?</p> <p>c) Comprimés de zinc ou sirop ?</p> <p>d) Un liquide fait maison à base du sucre et du sel ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LIQUIDE SACHET SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ZINC</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) LIQUIDE MAISON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) LIQUIDE SACHET SRO	1	2	8	c) ZINC	1	2	8	d) LIQUIDE MAISON	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) LIQUIDE SACHET SRO	1	2	8																
c) ZINC	1	2	8																
d) LIQUIDE MAISON	1	2	8																

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	
616	<p>VÉRIFIEZ 615 :</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> TOUT 'NON' <input type="checkbox"/> OU 'NSP' <input type="checkbox"/></p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ? b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 618
617	<p>VÉRIFIEZ 615 :</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> TOUT 'NON' <input type="checkbox"/> OU 'NSP' <input type="checkbox"/></p> <p>a) Qu'a-t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ? b) Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ? Rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.</p> <p>DEMANDEZ A VOIR LA BOITE OU L'ORDONNANCE</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIDIARRHEIQUE B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIDIARRHEIQUE) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/HERBES MÉDICINALES I</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
618	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 621
619	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
620	Est-ce qu'un prestataire de santé vous a dit que (NOM) avait le paludisme ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
621	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
622	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 deux dernières semaines ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 624
623	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 ?	<p>BRANCHE SEULEMENT 1</p> <p>NEZ SEULEMENT 2</p> <p>LES DEUX 3</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 625
624	VÉRIFIEZ 618 : A EU DE LA FIÈVRE? OUI <input type="checkbox"/> NON OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 634
625	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 630

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
626	<p>Où êtes-vous allé pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVT A</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CL G</p> <p>CENTRE/CABINET H</p> <p>INFIRMERIE PR I</p> <p>MATERNITE PRIVE J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG M</p> <p>CLINIQUE ONG N</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MAGASIN/CENTRE COMMERCIAL P</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ R</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE/AMIS/PARENTS</p> <p>VENDEUR ITINÉRANT DE MÉDICAMENTS/ MÉDICAMENTS/RUE/PHARMACIE/ PAR TERRE S</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>		
627	VÉRIFIEZ 626 : DEUX CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCERCLÉS	SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 629	
628	<p>Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 626.</p>	PREMIER ENDROIT <input type="text"/>		
629	<p>Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.</p>	JOURS <input type="text"/>		
630	À n'importe quel moment pendant la maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 634	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<div><div></div><div></div></div>
631	<p>Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?</p> <p>Pas d'autre médicament ?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI LE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE OU L'ORDONNANCE.</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) A</p> <p>SP/FANSIDAR B</p> <p>CHLOROQUINE C</p> <p>AMODIAQUINE D</p> <p>QUININE</p> <p>COMPRIMÉS E</p> <p>INJECTION/IV F</p> <p>ARTESUNATE</p> <p>VOIE RECTALE G</p> <p>INJECTION/IV H</p> <p>AUTRE</p> <p>ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>AMOXICILLIN J</p> <p>COTRIMOXAZOLE K</p> <p>AUTRE COMPRIMÉ/SIROP L</p> <p>AUTRE INJECTION/IV M</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE N</p> <p>PARACÉTAMOL/PANADOL/ ACÉTAMINOPHÈNE O</p> <p>IBUPROFÈNE P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
632	<p>VÉRIFIEZ 631: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE</p> <p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ</p> <p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ</p>		<p>→ 634</p>
633	<p>Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?</p>	<p>MÊME JOUR 0</p> <p>JOUR SUIVANT 1</p> <p>DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</p> <p>TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
634	<p>VÉRIFIEZ 220 ET 224 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?</p> <p>D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 603 POUR L'ENFANT SURVIVANT SUIVANT) ←</p> <p>PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ <input type="checkbox"/> 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE</p>		<p>→ 635</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
635	<p>VÉRIFIEZ 220 ET 226, TOUTES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p align="center">UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p align="center">↓</p>		643
636	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides que (NOM DE 635) a pris durant le jour ou la nuit. Donnez-moi tous les liquides que (NOM) a pris, qu'il les ait pris à la maison ou quelque part ailleurs. Hier durant le jour ou durant la nuit, est-ce que (NOM) a bu :</p>		
	<p>a) De l'eau plate?</p>	<p align="center">OUI NON NSP</p> <p>a) 1 2 8</p>	
	<p>b) Du lait pour bébé comme Bledine, Francelait, Nativa ou Nestlé ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait pour bébé ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>b) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/> 8</p>	
	<p>c) Du lait liquide, lait en poudre, ou lait concentré non-sucré ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?</p>	<p>c) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/> 8</p> <p>SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1 2 8</p>	
	<p>c1) Du lait du soja ou lait du coco?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il bu du lait du soja ou lait du coco ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>SI OUI : Est-ce que le lait du soja ou lait du coco était de type sucré ou aromatisé ?</p>	<p>c) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/> 8</p> <p>SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1 2 8</p>	
	<p>d) Du yaourt à boire ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il bu du yaourt ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>SI OUI : Est-ce que le yaourt était un yaourt de type sucré ou aromatisé ?</p>	<p>d) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU YAOURT <input type="text"/> 8</p> <p>SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1 2 8</p>	
	<p>e) Milo ou Nesquick ?</p>	<p>e) 1 2 8</p>	
	<p>f) Jus de fruit, bissap, gnamankoudji, tomidji, jus de passion, ou jus de baobab?</p>	<p>f) 1 2 8</p>	
	<p>g) Sucrerie comme Coca Cola, Youki, Fanta, Moka Café, Orangina, jut planet ou Sprite?</p>	<p>g) 1 2 8</p>	
	<p>h) Du thé ou du café ?</p> <p>SI OUI : la boisson était-elle sucrée ?</p>	<p>h) 1 2 8</p> <p>SUCRÉE 1 2 8</p>	
	<p>i) Du bouillon clair ou de la soupe claire ?</p>	<p>i) 1 2 8</p>	
	<p>j) D'autres liquides ?</p> <p>SI OUI : Quelle était la boisson ?</p> <p>SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?</p>	<p>j) 1 2 8</p> <p>AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SUCRÉE 1 2 8</p>	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
637	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les aliments que (NOM) a pris hier durant le jour ou la nuit. Ce qui m'intéresse, ce sont les aliments que votre enfant a mangés que ce soit à la maison ou quelque part d'autre.</p> <p>Je vais vous poser des questions sur différents types d'aliments et je voudrais savoir si votre enfant a mangé cet aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments.</p> <p>Ne répondez pas 'oui' pour un aliment ou un ingrédient utilisé en petite quantité pour ajouter du goût à un plat.</p> <p>Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce-que (NOM) a mangé :</p>				
		OUI	NON	NSP	
	a) Des yaourts autres que les yaourts à boire ?	a) 1	2	8	
	<p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il mangé des yaourts ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS , ENREGISTREZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			8
	b) Riz, pain, tô, baka , macaroni, spaghetti , abolo, akassa, fonio, ou sorgho?	b) 1	2	8	
	c) Carotte, citrouille, courge, bouillie de courge, ou patate douce à chair orange ?	c) 1	2	8	
	d) Igname, banane plantain, foutou, fufou, manioc, attieke, placali, patate douce à chair blanche, ou pomme de terre ?	d) 1	2	8	
	e) Feuilles de manioc, épinard, feuilles de patate, kplala, feuilles dah, feuilles de taro, ou sauce feuille ?	e) 1	2	8	
	f) Tomate, aubergine, gombo, concombre, courgette, poivron vert, ou sauce legume ?	f) 1	2	8	
	g) Mangue mûre, papaye mûre, fruit de la passion?	g) 1	2	8	
	g1) De la nourriture préparée avec l'huile de palme ou sauce graine?	g) 1	2	8	
	h) Ananas, orange, banane poyo, avocat, corossol, ou goyave ?	h) 1	2	8	
	i) Des abats (tripes/intestins/boyaux/estomac/coeur/foie/rognon	i) 1	2	8	
	j) Paté, saucisson, conserve de viande, ou jambon ?	j) 1	2	8	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	k) D'autres viandes comme boeuf, mouton, grenouille, poulet, ou pintade ?	k) 1 2 8	
	k1) De l'éphémère, chenille, ou escargot ?	k) 1 2 8	
	l) Des œufs ?	l) 1 2 8	
	m) Du poisson frais, poisson fumé, magne, farine de poisson, ou boîte de sardines ?	m) 1 2 8	
	n) De la sauce arachide, sauce pistache, bouillie de haricot, haricots secs, petits pois, pois chiches, lentilles, ou soja ?	n) 1 2 8	
	o) Du fromage ?	o) 1 2 8	
	p) N'importe quelle nourriture sucrée comme du chocolat, des bonbons, des pâtisseries, gâteaux, biscuits ou des friandises glacées comme des crèmes glacées, des glaces à l'eau, torfi, caramelle, cacahuètes, galettes sucrées.....?	p) 1 2 8	
	q) Alloco, claclo, igname grille, frites de pomme de terre, patate douce grille, chips comme Chipsy, ou Indomie ?	q) 1 2 8	
	r) N'importe quel autre aliment solide, semi-solide ou mou ? SI OUI : Quel était cet aliment ? INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>. S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ALIMENT.	r) 1 2 8 AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)	
638	VÉRIFIEZ 637 (CATÉGORIES 'a' À 'r') : PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 640
639	Est-ce que (NOM) a mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solides, semi-solides ou mous (NOM) a-t-il/elle mangés ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 637 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER) (PUIS CONTINUEZ AVEC 640) NON 2	→ 641
640	Combien de fois (NOM) a-t-il mangé des aliments solides, semi-solides ou mous durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
641	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a dit comment nourrir (NOM) et quels aliments lui donner ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
642	<p>La dernière fois que (NOM) est allé aux toilettes, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01 JETÉES/RINSÉES DANS TOILETTES OU LATRINE 02 JETÉES/RINSÉES DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03 JETÉES AUX ORDURES 04 ENTERRÉES 05 LAISSÉES À L'AIR LIBRE 06</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	
643	<p>Je voudrais vous demander maintenant quels aliments et quelles boissons vous avez mangés ou bus hier durant le jour ou la nuit , que ce soit à a maison ou quelque part d'autre. Ce qui m'intéresse c'est de savoir si vous avez mangé les aliments que je vais mentionner, même s'ils étaient mélangés à d'autres aliments. Veuillez inclure des gouters ou petits repas ainsi que des repas principaux.</p> <p>Ne répondez pas 'oui' pour un aliment ou un ingrédient utilisé en petite quantité pour ajouter du gout à un plat.</p> <p>Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce-que vous avez mangé :</p> <p>a) Du riz, pain, tô, bouillie, macaroni, spaghetti , abolo, akassa, fonio, ou sorgho ?</p> <p>b) Des carotte, citrouille, courge, ou patate douce à chair orange ?</p> <p>c) De l'igname, banane plantain, foutou, fufou, manioc, attieke, placali, patate douce à chair blanche, ou pomme de terre ?</p> <p>d) De feuilles de manioc, épinard, feuilles de patate, kplala, feuilles dah, feuilles de taro, ou sauce feuille ?</p> <p>e) De la tomate, aubergine, gombo, chou, concombre, courgette, poivron vert, ou sauce legume ?</p> <p>f) Mangue mûre, papaye mûre, fruit de la passion?</p> <p>f1) De la nourriture prepare avec l'huile de palme ou sauce graine?</p> <p>g) De l'ananas, orange, banane poyo, avocat, corossol, ou goyave ?</p> <p>h) Des abats (tripes/intestins/boyaux/estomac/coeur/foie/rognon</p> <p>h1)'Du paté, saucisson, conserve de viande, ou jambon ?</p>	<p>a) 1 2 8</p> <p>b) 1 2 8</p> <p>c) 1 2 8</p> <p>d) 1 2 8</p> <p>e) 1 2 8</p> <p>f) 1 2 8</p> <p>f1) 1 2 8</p> <p>g) 1 2 8</p> <p>h) 1 2 8</p> <p>h1)' 1 2 8</p>	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	i) D'autres viandes comme boeuf, mouton, grenouille,	i) 1 2 8	
	i1) Ephemere, chenille, ou escargot ?	i1) 1 2 8	
	j) Des œufs ?	j) 1 2 8	
	k) Poisson frais, poisson fumé, magne, boîte de sardines, crabe ou crevettes ?	k) 1 2 8	
	l) Des Haricots secs, petits pois, pois chiches, lentilles, niébe ou soja ?	l) 1 2 8	
	m) Des arachide, sauce arachide, sauce pistache, ou noix de cajou ?	m) 1 2 8	
	n) Du lait liquid, lait en poudre, lait concentré non-sucré, café au lait , fromage, yaourt, lait caillé, ou déguê?	n) 1 2 8	
	o) N'importe quelle nourriture sucrée comme du chocolat, des bonbons, des pâtisseries, gâteaux, biscuits ou des friandises glacées comme des crèmes glacées, des glaces à l'eau, torfi, caramelle, cacahuètes, galettes sucrées.....?	o) 1 2 8	
	p) Alloco, claclo, igname grille, frites de pomme de terre, patate douce grille, chips comme Chipsy, ou Indomie ?	p) 1 2 8	
	p1) Jus de fruit, bissap, gnamankoudji, tomidji, jus de passion, ou jus de baobab?	p1) 1 2 8	
	q) Sucrierie comme Coca Cola, Youki, Fanta, Moka Café, Orangina, jut planet ou Sprite?	q) 1 2 8	
	q1) Café sucré, thé sucré, lait concentré sucré, Nesquick	q1) 1 2 8	
	r1) D'autres boissons?	r1) 1 2 8	
	<p>SI OUI: Quels étaient ces boissons ? INDIQUEZ LE GROUPE DE BOISSONS APPROPRIÉ POUR CHAQUE BOISSON SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>.</p> <p>S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UNE BOISSON SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE LA BOISSON</p>	<p>AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)</p>	
	r2) D'autres aliments	r2) 1 2 8	
	<p>SI OUI: Quels étaient ces aliments ? INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>.</p> <p>S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ALIMENT</p>	<p>AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 706 → 709
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	→ 721
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	
704	VÉRIFIEZ 702 : OUI, <input type="checkbox"/> PRÉCÉDEMMENT MARIÉE A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME OUI, <input type="checkbox"/>		→ 714
705	Aviez-vous un certificat de mariage pour votre dernier mariage ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 714 → 707
706	Avez-vous un certificat de mariage pour ce mariage ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 709
707	Est-ce que ce mariage a été enregistré à l'état civil ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
708	VÉRIFIEZ 701 : OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION		→ 714
709	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
710	ENREGISTREZ LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
711	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	→ 714
712	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	
713	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
714	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	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
715	<p>VÉRIFIEZ 714 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS</p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p> </div> </div>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98</p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998</p>	<p>→ 717</p>
716	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?</p>	<p>ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
717	<p>VÉRIFIEZ 714 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		<p>→ 721</p>
718	<p>VÉRIFIEZ 701 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		<p>→ 721</p>
719	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre (mari/partenaire) actuel. En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98</p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998</p>	<p>→ 721</p>
720	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre pour la première fois avec votre (mari/partenaire) actuel ?</p>	<p>ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
720A	<p>Ce mariage avait-il été contracté avec votre consentement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
721	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</p>		
722	<p>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>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES F..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 738</p>
723	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?</p> <p>SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<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>→ 737</p>

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
724	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 727
725	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait fait quelque chose ou utilisé une méthode pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 727
726	Quelle méthode avez-vous utilisé ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LES CODES 'G' OU 'H' SONT ENCERCLÉS, ALLEZ À 728 MÊME SI UNE AUTRE MÉTHODE A ÉTÉ AUSSI UTILISÉE.	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B DIU C INJECTABLES D IMPLANTS E PILULE F CONDOM G CONDOM FÉMININ H CONTRACEPTION D'URGENCE I MÉTHODE DES JOURS FIXES J MAMA K MÉTHODE DU RYTHME L RETRAIT M AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y	→ 728
727	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom masculin ou féminin a	OUI CONDOM MASCULIN 1 OUI CONDOM FÉMININ 2 NON 3	→ 729 → 730
728	Quel est le nom de la marque du condom utilisé ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	PRUDENCE 01 COMPLICE 02 IPPF 03 CONDOM GÉNÉRIQUE/SANS LOG. 04 KAMASSOUTRA 05 KISS 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
729	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVT 11</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CLINIQUE 21</p> <p>CENTRE/CABINET MEDICAL 22</p> <p>INFIRMERIE PRIVEE 23</p> <p>MATERNITE PRIVEE 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 31</p> <p>CLINIQUE ONG 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MAGASIN/CENTRE COMMERCIAL 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMI/PARENTS 43</p> <p>VENDEUR ITINÉRANT DE MÉDICAMENTS/ RUE/PHARMACIE PAR TERRE 44</p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
730	<p>Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'.</p> <p>SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
731	<p>À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 737
732	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, est-ce qu'un condom masculin ou féminin a été utilisé ?</p>	<p>OUI CONDOM MASCULIN 1</p> <p>OUI CONDOM FÉMININ 2</p> <p>NON 3</p>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
733	<p>Quelle était votre relation avec cette deuxième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS</p> <p> AVEC L'ENQUÊTÉE 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>													
734	<p>À part ces deux personnes, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 737												
735	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, est-ce qu'un condom masculin ou féminin a été utilisé ?</p>	<p>OUI CONDOM MASCULIN 1</p> <p>OUI CONDOM FÉMININ 2</p> <p>NON 3</p>													
736	<p>Quelle était votre relation avec cette troisième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS</p> <p> AVEC L'ENQUÊTÉE 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>													
736A	<p>Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
737	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES DANS LA VIE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
738	<p>PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION</p>	<table> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td></tr> <tr> <td>ENFANTS <10</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10	1	2	HOMMES ADULTES	1	2	FEMMES ADULTES	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10	1	2													
HOMMES ADULTES	1	2													
FEMMES ADULTES	1	2													

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 307 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 813
802	VÉRIFIEZ 232 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 804
803	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 805 → 812
804	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 807 → 813 → 811
805	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? 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 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 812
807	VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 813
808	VÉRIFIEZ 805 : '24' MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/> '00-23' MOIS OU '00-01' ANNÉE <input type="checkbox"/>		→ 812
809	VÉRIFIEZ 723 : IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS <input type="checkbox"/> IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 811 → 811

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	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 souhaitez 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 souhaitez 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 ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDROIT N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER O</p> <p>MODIFICATIONS MENSTRUELLES P</p> <p>MÉTHODES PEUVENT RENDRE INFERTILES Q</p> <p>INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS R</p> <p>AUTRES EFFETS SECONDAIRES S</p> <p>COÛT/ACCÈS/DISPONIBILITÉ</p> <p>MANQUE D'ACCÈS/TROP ÉLOIGNÉ T</p> <p>COÛT TROP ÉLEVÉ U</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE V</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE W</p> <p>AUTRE X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>NON <input type="checkbox"/> POSÉE</p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT</p> <p>→ 813</p> </div> </div>		
812	Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
813	<p>VÉRIFIEZ 224 :</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> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</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>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</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
814	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 ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">GARÇONS</div> <div style="text-align: center;">FILLES</div> <div style="text-align: center;">PEU IMPORTE</div> </div> <p>NOMBRE .. <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
815	<p>Au cours des 12 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) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur les média sociaux comme Facebook, Twitter ou Instagram ?</p> <p>f) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur un poster, une affiche, une brochure ?</p> <p>g) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche extérieure ou un panneau d'affichage ?</p> <p>h) Avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale lors d'une réunion ou à l'occasion d'événements dans la communauté ?</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) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM 1 2</p> <p>f) POSTER/AFFICHE/BROCHURE .. 1 2</p> <p>g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE .. 1 2</p> <p>h) RÉUNIONS/ÉVÈNEMENTS 1 2</p>	
817	<p>VÉRIFIEZ 701 :</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
818	<p>Qui décide habituellement si vous devez utiliser ou non la contraception, vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble, ou quelqu'un d'autre ?</p>	<p>ENQUÊTÉE 1</p> <p>MARI/PARTENAIRE 2</p> <p>ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 820</p> <p>→ 820</p>
819	<p>Quand vous prenez cette décision avec votre (mari/partenaire), est-ce que vous diriez que votre opinion compte davantage, autant ou moins que celle de votre (mari/partenaire) ?</p>	<p>COMPTE DAVANTAGE 1</p> <p>COMPTE AUTANT 2</p> <p>COMPTE MOINS 3</p>	
820	<p>Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (mari/partenaire) ou un autre membre de la famille essaie de faire pression sur vous pour que vous tombiez enceinte alors que vous ne le vouliez pas ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
821	<p>VÉRIFIEZ 307 :</p> <p align="center"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ </p> <p align="center">IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ</p>		→ 901
822	<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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 906
904	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Quelle est la CLASSE la plus élevée qu'il a achevée avec succès à ce niveau ? SI LE NOMBRE D'ANNÉES ACHEVÉES EST INFÉRIEUR À 1 ANNÉE À CE NIVEAU, ENREGISTREZ '00'.	CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des sept 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 ?	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des 7 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. D'autres vendent des choses, ou elles ont une petite affaire ou elles travaillent dans la ferme ou dans l'affaire de la famille. Au cours des 7 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 7 derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter par ce que vous avez eu un empêchement, pour maladie, vacances, congé 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 ?	
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	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
916	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
917	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 925		
918	VÉRIFIEZ 916 : 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	Pensez-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	
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	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																												
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE 04 SEULE ET CONJOINTEMENT 05 N'EN POSSÈDE PAS 06	→ 928																												
926	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 928																												
927	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	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 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE 04 SEULE ET CONJOINTEMENT 05 N'EN POSSÈDE PAS 06	→ 931																												
929	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour des terres que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 931																												
930	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																													
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.</th><th>PAS. PAS.</th><th>PAS. PRES.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>MARI</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.	PAS. PAS.	PAS. PRES.	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3									
	PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.	PAS. PAS.	PAS. PRES.																												
ENFANTS < 10	1	2	3																												
MARI	1	2	3																												
AUTRES HOMMES	1	2	3																												
AUTRES FEMMES	1	2	3																												
932	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : a) Si elle sort sans le lui dire ? b) Si elle néglige les enfants ? c) Si elle argumente avec lui ? d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? e) Si elle brûle la nourriture ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SORT SANS LE LUI DIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) ARGUMENTE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) REFUSE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td> RAP. SEXUELS ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) BRÛLE NOURRITURE ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8	c) ARGUMENTE	1	2	8	d) REFUSE				RAP. SEXUELS ..	1	2	8	e) BRÛLE NOURRITURE ..	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																												
a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8																												
b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8																												
c) ARGUMENTE	1	2	8																												
d) REFUSE																															
RAP. SEXUELS ..	1	2	8																												
e) BRÛLE NOURRITURE ..	1	2	8																												

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1000	Je voudrais maintenant parler avec vous du VIH et du sida.		
1001	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 1040
1002	VÉRIFIEZ 111 : ÂGE 15-24 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 1008
1003	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	
1004	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1005	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1006	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	
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	Avez-vous entendu parler des ARVs, c'est-à-dire des médicaments antirétroviraux qui traitent le VIH ?	OUI 1 NON 2	
1009	Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme ayant contracté le VIH pour réduire le risque de transmission au bébé ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1010	Avez-vous entendu parler de la PrEP, c'est-à-dire un médicament que l'on prend tous les jours pour éviter qu'une personne ne contracte le VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1012
1011	Est-ce que vous approuvez les gens qui prennent un comprimé tous les jours pour éviter de contracter le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1012	VÉRIFIEZ 220 ET 223 : AUCUNE NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> → 1024 DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> ↓ DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 24 MOIS OU PLUS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> → 1024		
1013	VÉRIFIEZ 412 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1'): A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> → 1018		
1014	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
1015	Avez-vous fait un test du VIH dans le cadre des soins prénatals pendant que vous étiez enceinte de (NOM) ?	OUI 1 NON 2	→ 1018

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1016	<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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVT 11</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CLINIQUE 21</p> <p>CENTRE MEDICAL/CABINET MEDICAL . . . 22</p> <p>INFIRMERIE PRIVEI 23</p> <p>MATERNITE PRIVEE 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 31</p> <p>CLINIQUE ONG 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/CENTRE COMMERCIAL 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMIS/PARENTS 43</p> <p>RUE/PHARMACIE PAR TERR 44</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1017	Avez-vous eu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1018	<p>VÉRIFIEZ 435 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1') :</p> <p>UN CODE <input type="checkbox"/> '21-46' ENCERCLÉ</p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/> → 1021</p>		
1019	<p>Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant la naissance du bébé, avez-vous fait un test du VIH ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1021
1020	Avez-vous eu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1022
1021	<p>VÉRIFIEZ 1015 :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE → 1024</p>		
1022	Avez-vous été testée pour le VIH depuis que vous avez fait ce test durant votre grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1025

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1023	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	<div>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98</div> <div>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998</div>	→ 1028
1024	Avez-vous déjà fait un test du VIH ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>	→ 1032
1025	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	<div>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98</div> <div>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998</div>	
1026	<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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU/CENTRE SPÉCIALISÉ DU GOUVT 11</p> <p>CHR/HÔPITAL GÉNÉRAL 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>POLYCLINIQUE/CLINIQUE 21</p> <p>CENTRE MEDICAL/CABINET MEDICAL 22</p> <p>INFIRMERIE PRIVEE 23</p> <p>MATERNITE PRIVEE 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 31</p> <p>CLINIQUE ONG 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/CENTRE COMMERCIAL 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMIS/PARENTS 43</p> <p>RUE/PHARMACIE PAR TERR 44</p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
1027	Avez-vous eu les résultats du test ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>	→ 1031

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1028	Quel était le résultat du test ?	POSITIF 1 NEGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3 A REFUSÉ DE RÉPONDRE 4 N'A PAS REÇU LE RÉSULTAT DU TEST 5	→ 1031
1029	En quel mois et en quelle année avez-vous reçu votre premier résultat positif au test du VIH ?	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 MÊME DATE QUE LE DERNIER TEST DU VIH 95	
1030	Est-ce que vous prenez actuellement des ARVs qui sont des médicaments antirétroviraux ? Par actuellement, je veux dire que vous avez peut-être oublié certaines doses mais vous êtes toujours en train de prendre des ARVs.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1031	Combien de fois, dans votre vie, avez-vous fait un test du VIH ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION; SI LE NOMBRE DE TESTS EST DE 95 OU PLUS, ENREGISTREZ '95'.	NOMBRE DE TESTS DU VIH <input type="text"/> <input type="text"/>	
1032	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1034
1033	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	OUI 1 NON 2	
1034	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	
1035	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	
1036	VÉRIFIEZ 1028 : CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1040
1037	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre vie en tant que personne vivant avec le VIH. Avez-vous révélé à quelqu'un d'autre que moi que vous avez le VIH ?	OUI 1 NON 2	
1038	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : J'ai eu honte parce que j'ai le VIH.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2	

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1039	<p>Dites-moi, s'il vous plaît, si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé les choses suivantes ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées parce que vous avez le VIH :</p> <p>a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.</p> <p>b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission.</p> <p>c) J'ai été insultée, harcelée ou menacée parce que j'ai le VIH.</p> <p>d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.</p> <p>e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondée, m'a traitée de tous les noms ou m'a agressée verbalement d'une autre manière parce que j'ai le VIH.</p>	<p align="right">OUI NON</p> <p>a) GENS ONT MAL PARLÉ DE MOI 1 2</p> <p>b) RÉVÉLÉ MON STATUT 1 2</p> <p>c) INSULTÉ 1 2</p> <p>d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ DE MOI 1 2</p> <p>e) PERSONNEL DE SANTÉ VERBALEMENT AGRESSIF .. 1 2</p>	
1040	<p>VÉRIFIEZ 1001 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>a) À part le VIH, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>PAS ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </div> </div>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1041	<p>VÉRIFIEZ 722 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </div>		→ 1046
1042	<p>VÉRIFIEZ 1040 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 1044
1043	<p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1044	<p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1045	<p>Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

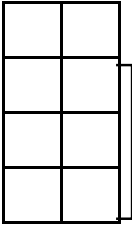
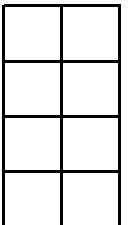
SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1045A	Il arrive parfois que les femmes aient un bouton dur sans liquide sur les parties genitales (le sexe, anus, pubis) ou condylome. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un bouton dur, sans liquide sur les parties genitales (le sexe, anus, pubis) ou condylome ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1046	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 demande qu'un condom soit utilisé quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1047	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 ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1048	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME		→ 1101
1049	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
1050	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À			
1101	Combien de minutes faut-il pour aller de votre maison à l'établissement de santé le plus proche, qui peut être un hôpital, une clinique, un cabinet médical ou un centre de santé ?	MINUTES <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></table>				
1102	Comment est-ce que vous allez dans cet établissement de santé depuis votre maison ? SI PLUS D'UN MOYEN DE DÉPLACEMENT EST MENTIONNÉ, ENCERCLÉ LE PREMIER DE LA LISTE.	MOTORIZÉ VOITURE/CAMION 01 BUS PUBLIC 02 MOTOCYLETTE/SCOOTER 03 BATEAU À MOTEUR 04 NON MOTORIZÉ CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL 05 BICYCLETTE 06 BATEAU SANS MOTEUR 07 EN MARCHANT 08 AUTRE 96 <div align="center">(PRÉCISEZ)</div>				
1103	Est-ce qu'un médecin ou un autre prestataire de santé a examiné vos seins pour le cancer du sein ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8				
1104	Je vais maintenant vous poser des questions sur des tests qu'un prestataire de santé peut faire pour le cancer du col utérin qui est le cancer dans le col de l'utérus. Le cervix ou col de l'utérus relie l'utérus au vagin. Pour faire un dépistage du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos avec les jambes relevées. Le prestataire de santé utilise ensuite une petite brosse ou une petite tige pour prélever un échantillon de cellules à l'intérieur du col de l'utérus. Le prélèvement est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Le test est appelé frottis vaginal ou test du VPH. Il existe une autre méthode appelée IVA ou Inspection Visuelle à l'Acide Acétique. Au cours de ce test, le prestataire de santé applique du vinaigre sur le col de l'utérus pour voir s'il se produit une réaction.					
1105	Est-ce que vous avez déjà été testée par un médecin ou un autre prestataire de santé pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8				
1106	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation de tabac, que ce soit en le fumant ou en l'utilisant d'une autre manière. Est-ce que vous fumez actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	OUI, CHAQUE JOUR 1 OUI, CERTAINS JOURS 2 NON, PAS DU TOUT 3	→ 1108			
1107	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES <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>				
1108	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	OUI, CHAQUE JOUR 1 OUI, CERTAINS JOURS 2 NON, PAS DU TOUT 3	→ 1110			

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1109	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CIGARETTE ELECTRONIQUE A PIPES REMPLIES DE TABAC B CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILLOS C CHICHA OU NARGUILE D TABAC À CHIQUER E SNUFF À PRISER F TABAC À MÂCHER G CHIQUE DE BETEL AVEC TABAC H AUTRE X (PRÉCISEZ)	
1109A	Depuis combien de temps fumez-vous du tabac ou utilisez-vous un autre type de tabac?	DEPUIS JOURS 1 DEPUIS SEMAINES 2 DEPUIS MOIS 3 DEPUIS ANNÉES 4	 → 1110
1109B	Aviez-vous fumé du tabac ou utilisé un autre type de tabac dans le passé?	OUI 1 NON 2	→ 1110
1109C	Pendant combien de temps aviez-vous fumé du tabac dans le passé?	PENDANT JOURS 1 PENDANT SEMAINES 2 PENDANT MOIS 3 PENDANT ANNÉES 4	
1110	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation d'alcool. Est-ce que vous avez déjà bu de l'alcool, comme de la bière, du bandji, du vin, des liqueurs, du koutoukou ou tchapalo ?	OUI 1 NON 2	→ 1113

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1111	<p>Nous considérons qu'une canette ou une bouteille de bière ou de bandji, un verre de vin, un verre de liqueur, de koutoukou ou de tchapalo est un verre d'alcool. Au cours du mois dernier, combien de jours avez-vous bu au moins un verre d'alcool ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND 'CHAQUE JOUR ' OU 'PRESQUE CHAQUE JOUR', ENCERCLEZ LE CODE '95'.</p>	<p>N'A MÊME PAS BU UN VERRE 00</p> <p>NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CHAQUE JOUR/ PRESQUE CHAQUE JOUR 95</p>	→ 1113															
1112	Au cours du dernier mois, les jours où vous avez bu de l'alcool, combien de verres avez-vous bu par jour ?	NOMBRE DE VERRES <input type="text"/> <input type="text"/>																
1112A	Avez-vous déjà consommé de la drogue (sous forme fumée, injectée ou inhalée ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS DE REPONSE 3</p>																
1113	<p>Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou bien ce n'est pas un problème</p> <p>a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>d) Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>PROBLÈME IMPORTANT</th><th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGENT</td><td>.. 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>c) DISTANCE</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION 1	2	b) OBTENIR L'ARGENT	.. 1	2	c) DISTANCE 1	2	d) ALLER SEULE 1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION 1	2																
b) OBTENIR L'ARGENT	.. 1	2																
c) DISTANCE 1	2																
d) ALLER SEULE 1	2																
1114	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1116															
1115	<p>Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A</p> <p>ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B</p> <p>SÉCURITÉ SOCIALE C</p> <p>AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>																
1116	<p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé qui se passent en Côte d'Ivoire.</p> <p>Avez-vous déjà entendu parler de la Filariose Lymphatique ?</p> <p>MONTREZ LES IMAGES D'ELEPHANTIASIS OU HYDROCELE SI LA PERSONNE NE COMPREND PAS</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1119															
1117	Comment se transmet la Filariose Lymphatique?	<p>PIQUE DE MOUSTIQUE 1</p> <p>AUTRES 6 PRECISEZ</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1118	Comment se manifeste la Filariose Lymphatique? (plusieurs réponses possibles) SONDEZ. PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES	HYDROCELE A LYMPHOEDEME B NE SAIT PAS X	
1119	Avez-vous déjà entendu parler de la Schistosomiase ou Bilharziose ?	OUI 1 NON 2	→ 1123
1120	Comment se transmet la Schistosomiase ou Bilharziose ?	EAU CONTAMINEE (PAR URINE OU DEFECATION) 1 AUTRES 6 PRECISEZ NE SAIT PAS 8	
1121	Comment se manifeste la Schistosomiase ou Bilharziose ? (plusieurs réponses possibles) SONDEZ. PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES	PRESENCE DE SANG DANS LES URINES A GONFLEMENT DU VENTRE B AUTRE X PRECISEZ NE SAIT PAS Y	
1123	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	→ section 12
1124	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	
1125	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1126	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 12: MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1201	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et soeurs, 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 soeurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et soeurs nés de votre mère biologique ?</p> <p>NE REMPLISSEZ PAS ENCORE L'ORDRE DES FRÈRES ET SOEURS.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>NOM</th><th>NUMÉRO D'ORDRE</th><th>NOM</th><th>NUMÉRO D'ORDRE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>k _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>b _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>l _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>c _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>m _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>d _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>n _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>e _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>o _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>f _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>p _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>g _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>q _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>h _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>r _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>i _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>s _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>j _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>t _____</td><td><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	<p>VÉRIFIEZ 1201:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ</p> <p>AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ</p>		1204																																												
1203	<p>LISEZ LEURS NOMS À L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et soeurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → 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 soeurs qui ne vivent pas avec vous que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → 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 soeurs qui sont décédés que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1206	<p>Certaines personnes ont des frères ou soeurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou soeurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1207	<p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1201.</p> <p>TOTAL DE FRÈRES ET SOEURS . . <input type="text"/><input type="text"/></p>																																														
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"/> OU UNE SOEUR LISTÉ</p> <p>AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ</p>		1301																																												
1210	<p>Dites-moi, s'il vous plaît, quel est le frère ou la soeur 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 MM13 JUSQU'À MM24 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 ALLESZ À 1217 NSP 8 ALLESZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À 1217 NSP 8 ALLESZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À 1217 NSP 8 ALLESZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À 1217 NSP 8 ALLESZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À 1217 NSP 8 ALLESZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À 1217 NSP 8 ALLESZ À (07)
1216	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLESZ À (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLESZ À (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLESZ À (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLESZ À (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLESZ À (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLESZ À (07)
1217	Il y a combien d'années depuis 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, ALLESZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLESZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLESZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLESZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLESZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLESZ À 1223
1219	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLESZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLESZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLESZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLESZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLESZ À 1223 NON 2	OUI 1 ALLESZ À 1223 NON 2
1220	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI 1 ALLESZ À (02) NON 2	OUI 1 ALLESZ À (03) NON 2	OUI 1 ALLESZ À (04) NON 2	YES 1 ALLESZ À (05) NON 2	OUI 1 ALLESZ À (06) NON 2	OUI 1 ALLESZ 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 ALLESZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLESZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLESZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLESZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLESZ À 1223	OUI 1 NON 2 ALLESZ 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 ALLESZ À (02) NON 2	OUI 1 ALLESZ À (03) NON 2	OUI 1 ALLESZ À (04) NON 2	OUI 1 ALLESZ À (05) NON 2	OUI 1 ALLESZ À (06) NON 2	OUI 1 ALLESZ À (07) NON 2
1224	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLESZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLESZ À (07)

SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE.

SECTION 13: MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1300A	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MENAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUETE HOMME? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		SEC. SUIV.
1300	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ? FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION FEMME <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE		SEC. SUIV.
1301	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ. VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2		1337
1302	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 [PAYS]. 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.		
1303	VÉRIFIEZ 701 ET 702: JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) PRÉCÉDEMMENT <input type="checkbox"/> EN UNION/ ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		1306 1306
1304	Vous avez dit que vous n'êtes pas mariée et que vous ne vivez pas avec un homme comme si vous étiez mariée. Êtes-vous actuellement dans une relation intime avec un homme même si vous ne vivez pas avec lui?	OUI 1 NON 2	1306
1305	Avez-vous déjà été dans une relation intime avec un homme même si vous n'avez jamais vécu avec lui?	OUI 1 NON 2	1319
1306	Maintenant, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. A. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ? a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ? b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ? c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ? d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ? e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ? DÉJÀ ARRIVÉ OUI 1 → NON 2 ↓ OUI 1 → NON 2 ↓ OUI 1 → NON 2 ↓ OUI 1 → NON 2 ↓ OUI 1 → NON 2 ↓	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas dans les 12 derniers mois ? SOUVENT TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	

SECTION 13: MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																																		
1307	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire).</p> <p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th></th><th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12 SOUVENT TEMPS DERNIERS MOIS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		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	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas dans les 12 derniers</p>																																											
	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																																																																
1308	<p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :</p>	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas dans les 12 derniers mois?</p>																																																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th></th><th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12 SOUVENT TEMPS DERNIERS MOIS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		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		
	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																																																																

SECTION 13: MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1309	<p>VÉRIFIEZ 1308A (a-j):</p> <p align="center"> AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ </p> <p align="center"> PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' </p>		<p>→ 1311</p>
1310	<p>Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir :</p> <p>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</p> <p>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?</p> <p>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 13: MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																									
1311	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	→ 1313																									
1312	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																										
1313	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1315																									
1314	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																										
1315	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire) : souvent, parfois ou jamais ?	SOUVENT PEUR 1 PARFOIS PEUR 2 JAMAIS PEUR 3																										
1316	A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) .	B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ?																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>IL Y A 0-11 MOIS</th><th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS SOUVIENT PAS</th><th>NE SE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N'A JAMIS EU UN AUTRE MARI/PARTENAIRE MASCULIN</td><td></td><td></td><td></td><td>6 → 1317</td></tr> <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 SOUVIENT PAS	NE SE	N'A JAMIS EU UN AUTRE MARI/PARTENAIRE MASCULIN				6 → 1317	a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS SOUVIENT PAS	NE SE																								
N'A JAMIS EU UN AUTRE MARI/PARTENAIRE MASCULIN				6 → 1317																								
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																								
1317	VÉRIFIEZ 1308A (h-j) et 1316A (b):	AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'	→ 1319																									
1318	Quel âge aviez-vous quand vous avez été forcé d'avoir des relations sexuelles ou d'accomplir d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas de la part d'un mari ou d'un partenaire masculin actuel ou précédent pour la première fois ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																										
1319	VÉRIFIEZ 212 ET 232:	ENCEINTE ACTUELLEMENT 232=1 OU <input type="checkbox"/> A EU UNE OU PLUSIEURS GROSSESSE DANS LE PASSE 212>0 ↓ PAS ENCEINTE ACTUELLEMENT 232=2 ET PAS DE GROSSESSE DANS LE PASSE <input type="checkbox"/>	→ 1322																									

SECTION 13: MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1320	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 ?	OUI 1 NON 2	→ 1322
1321	Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A MÈRE/ FEMME DU PÈRE B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C SOEUR/FRÈRE D FILLE/FILS E AUTRE PARENT F ANCIEN MARI/PARTENAIRE G PETIT AMI ACTUEL H ANCIEN PETIT AMI I BELLE-MÈRE J BEAU-PÈRE K AUTRE BEAU-PARENT L ENSEIGNANT M EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL N POLICE/SOLDAT O AUTRE X (SPECIFY)	
1322	VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME/A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE 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 ? JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME/N'A JAMAIS EU DE PARTENAIRE b) À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1325
1323	Qui vous a agressé de cette façon ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÈRE/ FEMME DU PÈRE A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILLE/FILS D AUTRE PARENT E PETIT AMI ACTUEL F PETIT AMI PRÉCÉDENT 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)	
1324	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	

SECTION 13: MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1325	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702 ET 1304 ET 1305:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ <input type="checkbox"/></p> <p>A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/></p> <p>UN HOMME/A DÉJÀ</p> <p>EU UN PARTENAIRE ↓</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS VÉCU AVEC</p> <p>UN HOMME/N'A JAMAIS</p> <p>EU DE PARTENAIRE</p> </div> </div>		1327
1326	<p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un d'autre, en dehors d'un ancien mari ou autre partenaire masculin actuel ou passé, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? N'oubliez pas que je ne veux pas que vous incluiez un mari ou un partenaire masculin.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	<p>1328</p> <p>1331</p>
1327	<p>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>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	<p>1331</p>
1328	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702 ET 1304 ET 1305:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ <input type="checkbox"/></p> <p>A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/></p> <p>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/ <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/></p> <p>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>	
1329	<p>Qui vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à effectuer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p>	<p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE A</p> <p>FRÈRE/FILS DU MARI DE LA MÈRE B</p> <p>AUTRE PARENT C</p> <p>PETIT AMI ACTUEL D</p> <p>ANCIEN PETIT AMI E</p> <p>BEAU-PARENT F</p> <p>AMI/RENCONTRE G</p> <p>AMI DE LA FAMILLE H</p> <p>ENSEIGNANT I</p> <p>COLLÈGUE DE CLASSE/ÉCOLE J</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL K</p> <p>POLICE/SOLDAT L</p> <p>PRÊTRE/RELIGIEUX M</p> <p>INCONNU N</p> <p>AUTRE X</p> <p align="center">(SPECIFY)</p>	
1330	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702 ET 1304 ET 1305:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ <input type="checkbox"/></p> <p>A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/></p> <p>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/ <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/></p> <p>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>	

SECTION 13: MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
1331	VÉRIFIEZ 1308A (a-j) et 1316A (a,b), 1320, 1322, 1326 et 1327 AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →	1335																
1332	Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?	OUI 1 NON 2	→ 1334																
1333	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ? Personne d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN D AMI E VOISIN F RELIGIEUX G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H POLICE I HOMME DE LOI J SERVICE SOCIAL K AUTRE X (SPECIFY)	→ 1335																
1334	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON 2																	
1335	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
	REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.																		
1336	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI 1 FOIS</th><th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI	1	2	3																
AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3																
FEMME ADULTE	1	2	3																
1337	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____ _____																		

SECTION 14: DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1401	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : TOUT ENFANT DE 24-59 MOIS VIVANT AVEC SA MÈRE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1501
1402	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : SÉLECTIONNEZ L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 24-59 MOIS VIVANT AVEC SA MÈRE ET ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE. NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q. 218 _____ NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q.215 <input type="text"/> <input type="text"/>		
1403	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur (NOM DE L'ENFANT DE 227), votre enfant le plus jeune de 2-4 ans vivant avec vous. J'aimerais vous interroger à propos de certaines choses que (NOM) est actuellement capable de faire. Veuillez garder à l'esprit que les enfants peuvent se développer et apprendre à des rythmes différents. Par exemple, certains commencent à parler plus tôt que d'autres, ou il est possible qu'ils sachent déjà dire quelques mots sans encore pouvoir faire des phrases. Cela ne pose donc aucun problème si votre enfant ne peut pas faire toutes les activités qui seront mentionnées dans ce questionnaire. Si vous avez des doutes concernant la réponse à fournir, n'hésitez pas à m'en faire part.		
1404	(Nom) peut-(il/elle) marcher sur une surface inégale, par exemple, une route cahoteuse ou escarpée, sans tomber ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1405	(Nom) peut-(il/elle) sauter en soulevant les deux pieds du sol ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1406	(Nom) peut-(il/elle) s'habiller, c'est-à-dire mettre un pantalon et une chemise, sans l'aide de personne ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1407	(Nom) peut-(il/elle) boutonner et déboutonner des boutons sans l'aide de personne ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1408	(Nom) peut-(il/elle) dire 10 mots ou plus, comme « maman » ou « ballon » ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1409	(Nom) peut-(il/elle) faire des phrases de 3 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple, « Je veux de l'eau. » ou « La maison est grande. » ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

1410	(Nom) peut-(il/elle) faire des phrases de 5 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple, « La maison est très grande. » ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1411	(Nom) peut-(il/elle) utiliser correctement les pronoms « je », « tu », « elle » ou « il », par exemple, « Je veux de l'eau. » ou « Il mange du riz. » ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1412	Si vous montrez à (nom) un objet qu'(il/elle) connaît bien, comme une tasse ou un animal, peut-(il/elle) le nommer de manière systématique ? PAR « SYSTÉMATIQUE », NOUS ENTENDONS QU'(IL/ELLE) UTILISE LE MÊME MOT POUR SE RÉFÉRER AU MÊME OBJET, MÊME SI LE MOT EMPLOYÉ N'EST PAS TOUT À FAIT CORRECT.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1413	(Nom) peut-(il/elle) reconnaître au moins 5 lettres de l'alphabet ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1414	(Nom) peut-(il/elle) écrire son prénom ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1415	(Nom) peut-(il/elle) reconnaître tous les chiffres de 1 à 5 ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1416	Si vous lui demandez de vous donner trois objets, tels que 3 pierres ou 3 haricots, (nom) vous en donne-t-(il/elle) la bonne quantité ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1417	(Nom) peut-(il/elle) compter 10 objets, par exemple, 10 doigts ou 10 cubes, sans se tromper ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1418	(Nom) peut-(il/elle) faire une activité, comme colorier ou jouer avec des blocs de construction, sans demander de l'aide à plusieurs reprises ou	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1419	(Nom) pose-t-(il/elle) des questions sur des personnes qu'(il/elle) connaît, en dehors de ses parents, lorsqu'elles ne sont pas là, par exemple, « Où est mamie ? »	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1420	(Nom) propose-t-(il/elle) d'aider une personne qui semble avoir besoin d'aide ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1421	(Nom) s'entend-(il/elle) bien avec les autres enfants ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1422	À quelle fréquence (nom) semble-t-(il/elle) très triste ou déprimé(e) ? Diriez-vous : semble très triste ou déprimé(e) chaque jour, chaque semaine, chaque mois, quelques fois dans l'année ou jamais ?	CHAQUE JOUR 1 CHAQUE SEMAINE 2 CHAQUE MOIS 3 QUELQUE JOURS DANS ANN. 4 JAMAIS 5	
1423	Par rapport aux enfants du même âge, à quelle fréquence (nom) donne-t-(il/elle) des coups de pied, mord-(il/elle) ou frappe-t-(il/elle) les autres enfants ou les adultes ? Diriez-vous : jamais, autant ou moins, plus souvent ou beaucoup plus souvent ?	PAS DU TOUT 1 AUTANT OU MOINS 2 PLUS SOUVENT 3 BEAUCOUP PLUS SOUVENT 4	

SECTION 15: FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1501	<p>Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis.</p> <p>Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1503
1502	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1513
1502A	Connaissez-vous quelqu'un qui a eu ce problème?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1513
1503	Est-ce que ce problème a commencé après un accouchement (naissance d'un bébé vivant ou mort-né) ?	<p>APRÈS NAISSANCE D'UN BEBE VIVAN 1</p> <p>APRÈS NAISSANCE D'UN MORT_N 2</p> <p>NI L'UN NI L'AUTRE 3</p>	→ 1505
1504	Est-ce que ce problème a commencé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	<p>TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL 1</p> <p>ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE 2</p>	→ 1506
1505	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?	<p>AGRESSION SEXUELLE 1</p> <p>OPÉRATION DU PELVIS 2</p> <p>AUTRE 6</p> <p align="center">(SPECIFY)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 1507
1506	<p>Combien de jours après (CAUSE DU PROBLÈME DE 1503, 1504 OU 1505) les pertes ont-elles</p> <p>INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS.</p>	<p>NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCHE/AUTRE ÉVÈNEM.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
1507	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1509
1508	<p>Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ?</p> <p>INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER A</p> <p>NE SAVAIT PAS OÙ ALLER B</p> <p>TROP CHER C</p> <p>TROP ÉLOIGNÉ D</p> <p>MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS E</p> <p>N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION F</p> <p>GÉNÉE G</p> <p>PROBLÈME A DISPARU H</p> <p>AUTRE X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	→ 1513

1509	Auprès de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 2 AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGEOISE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)									
1510	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2									
1511	Est-ce que le traitement a stoppé complètement les pertes ?	OUI 1 NON 2	→ 1513								
1512	Est-ce que le traitement a réduit les pertes ?	OUI 1 NON 2									
1513	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									

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 CONTRACEPTION D'URGENCE
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 MODIFICATIONS MENSTRUELLES
6 AUTRES EFFETS SECONDAIRES/
SOUÇIS CONCERNANT LA SANTÉ
7 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ
8 COÛTE TROP CHER
N 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	
	08	AOÛT	05	2
0	07	JUL	06	0
2	06	JUIN	07	2
1	05	MAI	08	1
	04	AVRIL	09	
(1)	03	MARS	10	
	02	FEVRIER	11	
	01	JAN	12	
	12	DEC	13	
	11	NOV	14	
	10	OCT	15	
2	09	SEP	16	
	08	AOÛT	17	2
0	07	JUL	18	0
2	06	JUIN	19	2
0	05	MAI	20	0
	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	
	08	AOÛT	29	2
0	07	JUL	30	0
1	06	JUIN	31	1
9	05	MAI	32	9
	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	
	08	AOÛT	41	2
0	07	JUL	42	0
1	06	JUIN	43	1
8	05	MAI	44	8
	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	
	08	AOÛT	53	2
0	07	JUL	54	0
1	06	JUIN	55	1
7	05	MAI	56	7
	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	
	08	AOÛT	65	2
0	07	JUL	66	0
1	06	JUIN	67	1
6	05	MAI	68	6
	04	AVRIL	69	
	03	MARS	70	
	02	FEVRIER	71	
	01	JAN	72	

