



Instrument STEPS de l'OMS
pour la surveillance des facteurs de risque
des maladies chroniques
<BENIN Département du Littoral>

Information sur l'enquête

Lieu et Date		Réponse	Code
1	Code de l'arrondissement	_ _ _ _	I1
2	Nom du quartier		I2
3	Code du quartier	_ _ _ _	I3
4	Identification de l'enquêteur	_ _ _ _	I4
5	Date de l'entretien (à laquelle l'Instrument a été rempli)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ Jour Mois Année	I5

Numéro d'identification du répondant _ _ _ _ _			
Consentement, Langue utilisée pour l'entretien et Nom		Réponse	Code
6	Le formulaire de consentement a été lu au répondant	Oui 1 Non 2 Si NON, le lire	I6
7	Le consentement a été obtenu (oral ou écrit)	Oui 1 Non 2 Si NON, FINIR l'entretien	I7
8	Langue de l'entretien [<i>Insérer la langue</i>]	Français 1 [fon] 2 [Yorouba] 3 [Dendi] 4 [Bariba] 5	I8
9	Heure de l'entretien (0-24h)	_ _ : _ _ hrs mins	I9
10	Nom de famille		I10
11	Prénom		I11
Informations supplémentaires pouvant être utiles			

12	Numéro de téléphone (dans la mesure du possible)			I12
13	Spécifier de quel téléphone il s'agit	Travail	1	I13
		Domicile	2	
		Voisin	3	
		Autres (Mobile)	4	
		Autres	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> </div>	I13 other

Note : Les informations I6 à I13 permettant l'identification du répondant devraient être enregistrées et archivées séparément de l'Instrument parce qu'elles contiennent des informations confidentielles.

Step 1 Informations démographiques

MODULE DE BASE : Informations démographiques			
Question		Réponse	Code
14	Sexe (entourer le numéro correspondant)	Homme 1 Femme 2	C1
15	Quelle est votre date de naissance ? <i>Ne sait pas 77 777 7777</i>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Si réponse connue, aller à C4 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Jour Mois Année </div>	C2
16	Quel âge avez-vous ?	Années <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div>	C3
17	En tout, combien d'années avez-vous passé à l'école ou à suivre une formation à plein temps (sans compter la pré-scolarité) ?	Années <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div>	C4
ELARGI : Informations démographiques		Réponse	Code
18	A quel milieu <u>socioculturel</u> appartenez-vous ? [groupe ethnique / racial /sous- groupe culturel / autres]	Adja et apparentés	1
		Fon et apparentés	2
		Bariba et apparentés	3
		Dendi et apparentés	4
		Yom et apparentés	5
		Peulh	6
		Otamari	7
		Yorouba	8
		Africain de l'ouest	9
		Autre africain	10
		Non africain	11
		Refuse	88
19	Quel est le <u>plus haut niveau</u> d'instruction que vous ayez atteint ?	Aucune instruction officielle	1
		Moins que l'école primaire	2
		Fin de l'école primaire	3
		Fin du secondaire niveau 1	4
		Fin du secondaire niveau 2	5

		École supérieure, Université	6	
		Diplôme post-universitaire obtenu	7	
		Refuse	88	
20	Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre activité professionnelle <u>principale</u> ces douze derniers mois ?	Employé(e) de l'État	1	C7
		Employé(e) dans le privé	2	
		Indépendant(e)	3	
		Apprenti(e)	4	
		Elève ou Étudiant(e)	5	
		Femme au foyer	6	
		Retraité(e)	7	
		Chômeur (se)	8	
		Autres (préciser)	9	
		Refuse	88	
21	Combien de personnes âgées de <u>plus de dix-huit ans</u> , y compris vous-même, habitent dans votre ménage ?	Nombre de personnes <input type="text"/>		C8
22	En prenant comme <u>référence l'année passée</u> , pouvez-vous me dire quels ont été les revenus moyens du ménage ? (NOTER SEULEMENT POUR UNE PERIODE ET PAS LES TROIS)	Par semaine	<input type="text"/> Aller à T1	C9a
		Ou par mois	<input type="text"/> Aller à T1	C9b
		Ou par année	<input type="text"/> Aller à T1	C9c
		Refuse	88	C9d
23	Si vous ne connaissez pas le montant, pouvez-vous me donner une estimation du revenu annuel du ménage si je vous lis quelques montants ? Est-ce...	≤ 27500	1	C10
		[27500 – 50 000]	2	
		[50000 – 100000]	3	
		[100000 – 200000]	4	
		[200000 – 250000]	5	
		[250000 – 300000]	6	
		[300000 – 400000]	7	
		[400000 – 500000]	8	
		> 500000	9	
		Ne sait pas	10	
		Refuse	88	

MODULE DE BASE : Consommation de tabac

Nous allons maintenant vous poser des questions sur plusieurs comportements relatifs à la santé. Cela inclut des comportements comme la consommation de tabac, d'alcool, de fruits et de légumes ainsi que l'activité physique. Commençons par le tabac.

Question	Réponse	Code
24 Fumez-vous actuellement des produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à T6	T1
25 <u>Si Oui</u> , Fumez-vous quotidiennement ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à T6	T2
26 A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ?	Age (années) <input type="text"/> Ne se souvient pas 777 Si réponse connue, aller à T5a	T3
27 Si vous ne vous rappelez pas de votre âge.	En nombre d'années <input type="text"/>	T4a

	vous souvenez-vous depuis quand vous avez commencé à fumer quotidiennement ? (NOTER SEULEMENT POUR UNE PERIODE ET PAS LES TROIS) Ne se souvient pas 777	connue, aller à T5a	
		Ou en Mois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si réponse connue, aller à T5a	T4b
		Ou en Semaines <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T4c
28	Quelle quantité des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour ? (INSCRIRE LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT) Ne se souvient pas 777	Cigarettes industrielles <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5a
		Cigarettes roulées <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5b
		Pipes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5c
		Cigares, cigarillos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5d
		Autres <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si Autres, aller à T5 other	T5e
		Autres (à spécifier) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5other

ELARGI : Consommation de tabac			
Question		Réponse	Code
29	Dans le passé, avez-vous déjà fumé quotidiennement ?	Oui 1	T6
		Non 2 Si Non, aller à T9	
30	<u>Si Oui,</u> Quel âge aviez-vous quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement ?	Age (Années) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si réponse connue, aller à T9	T7
		Ne se souvient pas 777	
31	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous depuis quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement ? (NOTER SEULEMENT POUR UNE PERIODE ET PAS LES TROIS) Ne se souvient pas 777	Nombre d'années <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si réponse connue, aller à T9	T8a
		Ou Nombre de mois <input type="text"/> <input type="text"/> Si réponse connue, aller à T9	T8b
		Ou Nombre de semaines <input type="text"/> <input type="text"/>	T8c
32	Consommez-vous actuellement du tabac non fumé sous forme de tabac à priser, de tabac à mâcher ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à T12	T9
33	<u>Si Oui,</u> En consommez-vous quotidiennement ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à T12	T10

ELARGI : Consommation de tabac, suite			
Question		Réponse	Code
34	En moyenne, combien de fois par jour consommez-vous les produits suivants ?	Tabac à priser (voie orale) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T11a
		Tabac à priser (voie nasale) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T11b

	(INSCRIRE POUR CHAQUE TYPE) Ne sait pas 777	Tabac à mâcher <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		T11c
		Autres (Spécifier) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		T11other
35	Dans le passé, avez-vous déjà consommé quotidiennement du tabac non fumé tel que [tabac à priser, tabac à mâcher] ?	Oui	1	T12
		Non	2	

MODULE DE BASE : Consommation d'alcool				
Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool				
Question		Réponse		Code
36	Avez-vous consommé une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre, du vin de palme, du choukoutou ou du sodabi ces <u>douze derniers mois</u> ?	Oui	1	A1
		Non	2 Si Non, aller à D 1	
37	Durant les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée ? (LIRE LES REPONSES)	Quotidiennement	1	A2
		5-6 jours par semaine	2	
		1-4 jours par semaine	3	
		1-3 jours par mois	4	
		Moins d'1 fois par mois	5	
38	Quand vous buvez de l'alcool, combien de verres prenez-vous en moyenne par jour ?	Nombre	<input type="text"/> <input type="text"/>	A3
		Ne sait pas	77	
39	Avez-vous consommé une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre, du vin de palme, du choukoutou ou du sodabi <u>ces trente derniers jours</u> ?	Oui	1	A4
		Non	2 Si Non, aller à A 6	
40	Au cours des 7 derniers jours , combien de verres standard d'alcool avez-vous pris (quelle que soit la boisson alcoolisée) ? (INSCRIRE POUR CHAQUE JOUR)	Lundi	<input type="text"/> <input type="text"/>	A5a
		Mardi	<input type="text"/> <input type="text"/>	A5b
		Mercredi	<input type="text"/> <input type="text"/>	A5c
		Jeudi	<input type="text"/> <input type="text"/>	A5d
		Vendredi	<input type="text"/> <input type="text"/>	A5e
		Samedi	<input type="text"/> <input type="text"/>	A5f
		Dimanche	<input type="text"/> <input type="text"/>	A5g

Question		Réponse	Code
41	Au cours des 12 derniers mois, quel a été le plus grand nombre de verres que vous ayez bu en une seule fois, en comptant tous les verres standard ?	Le plus grand nombre de verres <input type="text"/>	A6
42	Pour les hommes uniquement : Combien de jours avez-vous bu cinq verres standard ou plus en un seul jour au cours des 12 derniers mois ?	Nombre de jours <input type="text"/>	A7
43	Pour les femmes seulement : Combien de jours avez-vous bu quatre verres standard ou plus en un seul jour au cours des 12 derniers mois ?	Nombre de jours <input type="text"/>	A8

MODULE DE BASE : Hygiène alimentaire

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

Question		Réponse	Code
44	Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des fruits ?	Nombre de jours <input type="text"/> Si aucun jour, aller à D Ne sait pas 77 3	D1
45	Combien de portions de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées ?	Nombre de portions <input type="text"/> Ne sait pas 77	D2
46	Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des légumes ?	Nombre de jours <input type="text"/> Si aucun jour, aller à D Ne sait pas 77 5	D3
47	Combien de portions de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées ?	Nombre de portions <input type="text"/> Ne sait pas 77	D4

ELARGI : Hygiène alimentaire

48	Quelle sorte de matière grasse (huile, beurre...) utilisez-vous le plus souvent pour la préparation des repas à la maison ?	Huile végétale 1 Lard ou graisse 2 Beurre ou beurre allégé 3 Margarine 4 Autres 5 Si Autres, aller à Aucune en particulier 6 Aucune utilisée 7 Ne sait pas 77	D5
		Autres <input type="text"/>	D5other

MODULE DE BASE : Activité physique

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous consacrez à différents types d'activité physique lors d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.

Pensez tout d'abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser, de chercher un emploi. *[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]*. Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, et les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

Question	Réponse	Code
----------	---------	------

Activités au travail

49	Est-ce que votre travail implique des activités physiques de forte intensité qui nécessitent une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, comme [soulever des charges lourdes, travailler sur un chantier, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P4	P1
50	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P2
51	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques de forte intensité, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : <input type="text"/> : <input type="text"/> minutes hrs mins	P3 (a-b)
52	Est-ce que votre travail implique des activités physiques d'intensité modérée, comme une marche rapide ou [soulever une charge légère] durant au moins 10 minutes d'affilée ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P 7	P4
53	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P5
54	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques d'intensité modérée, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : <input type="text"/> : <input type="text"/> minutes hrs mins	P6 (a-b)

Se déplacer d'un endroit à l'autre

Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées. Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à votre lieu consacré au culte. *[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]*

55	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P 10	P7
56	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P8

57	Lors d'une journée habituelle, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo ?	Heures : <input type="text"/> : <input type="text"/> minutes hrs mins	P9 (a-b)
----	--	--	-------------

Activités de loisirs

Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées.

Maintenant je souhaiterais vous poser des questions sur le sport, le fitness et les activités de loisirs. *[Insérer les termes appropriés]*

58	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque comme [courir ou jouer au football] pendant au moins dix minutes d'affilée ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P 13	P10
59	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P11
60	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P12 (a-b)
61	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque comme la marche rapide [faire du vélo, nager, jouer au volley] pendant au moins dix minutes d'affilée ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P16	P13
62	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P14
63	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P15 (a-b)

Comportement sédentaire

La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé [assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision] mais n'inclut pas le temps passé à dormir.

64	Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	Heures : <input type="text"/> : <input type="text"/> minutes hrs mins	P16 (a-b)
----	--	--	--------------

ELARGI : Antécédents de tension artérielle élevée				
Question		Réponse		Code
65	Quand est-ce que votre tension artérielle a été prise pour la dernière fois par un professionnel de santé ?	Au cours des 12 derniers mois	1	H1
		Entre 1-5 années	2	
		Pas ces 5 dernières années	3	
66	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un professionnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension ?	Oui	1	H2
		Non	2	
67	Recevez-vous actuellement les traitements suivants prescrits par un professionnel de santé pour une tension artérielle élevée, et/ou les conseils suivants ?			
	Médicaments pris ces deux dernières semaines	Oui	1	H3a
		Non	2	
	Régime spécial prescrit	Oui	1	H3b
		Non	2	
	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui	1	H3c
		Non	2	
	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui	1	H3d
		Non	2	
	Conseil pour commencer une activité physique ou en augmenter la fréquence	Oui	1	H3e
		Non	2	
68	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour une tension artérielle élevée ou pour de l'hypertension ?	Oui	1	H4
		Non	2	
69	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre tension artérielle élevée ?	Oui	1	H5
		Non	2	

ELARGI : Antécédents de diabète			
Question		Réponse	Code
70	A-t-on mesuré votre glycémie ces 12 derniers mois ?	Oui 1	H6
		Non 2	
71	Est-ce qu'un professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez du diabète au cours de ces 12 derniers mois ?	Oui 1	H7
		Non 2	
72	Recevez-vous actuellement les traitements suivants prescrits par un professionnel de santé pour le diabète, et/ou les conseils suivants ?		
	Insuline	Oui 1	H8a
		Non 2	
	Médicaments par voie orale que vous avez pris ces 2 dernières semaines	Oui 1	H8b
		Non 2	
	Régime spécial prescrit	Oui 1	H8c
		Non 2	
	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui 1	H8d
		Non 2	

	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui 1	H8e
		Non 2	
	Conseil pour commencer une activité physique ou en augmenter la fréquence	Oui 1	H8f
		Non 2	
73	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour le diabète ?	Oui 1	H9
		Non 2	
74	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre diabète ?	Oui 1	H10
		Non 2	

Numéro d'identification du répondant 			
STEPS 1 Module optionnel			
Dépistage d'AVC			
N°	Questions	Réponse	Code
75	Avez-vous jamais été informé par un médecin que vous avez eu un accident vasculaire cérébral ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3	X 1
76	Avez-vous une fois été informé par un médecin que vous avez eu un accident ischémique transitoire ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3	X 2
77	Avez-vous jamais eu de façon soudaine une paralysie ou une faiblesse d'un hémicorps ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3	X 3
78	Avez-vous déjà eu de façon soudaine un engourdissement ou une paralysie d'un hémicorps ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3	X 4
79	Vous est-il déjà arrivé d'avoir une perte soudaine de la vision au niveau d'un ou des deux yeux ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3	X 5
80	Avez-vous déjà eu une perte soudaine de la moitié de la vision ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3	X 6
81	Avez-vous déjà eu une perte soudaine de la capacité de vous exprimer verbalement ou par écrit ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3	X 7
82	Vous est-il déjà arrivé d'avoir une perte soudaine de la capacité de comprendre ce que les gens vous disent ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3	X 8
NB : L'AVC est suspecté avec une réponse affirmative à l'une de ces questions			
83	Quelle méthode de brossage des dents utilisez-vous habituellement ?	Aucune 1 la brosse industrielle 2 la brosse végétale 3 les deux 4 Autres (Préciser) 5 Refuse 8	X 9

84	Combien de fois brossez-vous les dents au cours d'une journée ?	Jamais 1 Une fois/jour matin ou soir 2 2 fois/jour le matin et le soir 3 Après chaque repas 4 Refuse 8	X 10
85	Combien de fois mangez-vous au cours d'une journée ?	6 prises quotidiennes d'aliments 1 < 6 prises quotidiennes d'aliments .2 Refuse 88	X 11
86	Avez-vous l'habitude de décapsuler les bouteilles avec les dents ?	Oui, souvent 1 Non, jamais 2 Rarement 3 Refuse 88	X 12
87	Vous est-il déjà arrivé d'avoir des saignements de gencives spontanés ou provoqués (alimentation, brossage) ?	Oui, spontanément 1 Oui, au brossage 2 Non, jamais 3 Refuse 88	X 13
88	Que faites-vous habituellement quand vous avez un problème dentaire ?	Auto médication (traditionnelle) 1 Auto médication (moderne) 2 Ne fait rien 3 Consulter un agent de santé 4 Consulter un chirurgien dentiste 5 Refuse 88	X 14

NB : plus de 3 réponses Numéro1 permettent de conclure à un risque de survenue d'affections buccodentaires

Step 2 Mesures physiques

MODULE DE BASE : Taille et poids		Réponse	Code
89	Code ID de l'enquêteur	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M1
90	Code de la toise et du pèse-personne	Taille <div> <div></div> <div></div> </div>	M2a
		Poids <div> <div></div> <div></div> </div>	M2b
91	Taille	en Centimètres (cm) <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M3
92	Poids <i>Si trop lourd pour le pèse-personne, codez 666.6</i>	en Kilogrammes (kg) <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M4
93	<i>(Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ?</i>	Oui 1 <i>Si Oui, aller à M 8</i> Non 2	M5
BASE : Tour de Taille			
94	Code ID pour la taille	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	M6

95	Tour de taille	en Centimètres (cm) <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> . <u> </u>	M7
BASE : Tension artérielle			
96	Code ID de l'enquêteur	<u> </u> <u> </u>	M8
97	Code ID pour la tension artérielle	<u> </u> <u> </u>	M9
98	Largeur du brassard	Petit 1 Moyen 2 Large 3	M10
99	Mesure 1	Systolique (mmHg) <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	M11a
		Diastolique (mmHg) <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	M11b
100	Mesure 2	Systolique (mmHg) <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	M12a
		Diastolique (mmHg) <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	M12b
101	Mesure 3	Systolique (mmHg) <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	M13a
		Diastolique (mmHg) <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	M13b
102	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous suivi un traitement, prescrit par un professionnel de santé, pour une tension artérielle élevée ?	Oui 1 Non 2	M14

ELARGI : Tour de hanches et Rythme cardiaque				
103	Tour de hanches	en Centimètres (cm) <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> . <u> </u>	M15	
104	Rythme cardiaque (Indiquez si un appareil automatique de tension artérielle est utilisé)			
	Mesure 1	Battements par minute	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	M16a
	Mesure 2	Battements par minute	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	M16b
	Mesure 3	Battements par minute	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	M16c

Step 3 Mesures biochimiques

BASE : Glycémie		Réponse	Code
105	Au cours des 12 dernières heures, avez-vous bu ou mangé quelque chose, autre que de l'eau ?	Oui 1 Non 2	B1
106	Code ID du technicien	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	B2
107	Code ID de l'appareil	<u> </u> <u> </u>	B3
108	Heure de la prise de sang (0-24 heures)	Heures : minutes <u> </u> <u> </u> : <u> </u> <u> </u> hrs mins	B4

109	Glycémie à jeun	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B5
-----	-----------------	--	----

BASE : Lipides sanguins			
110	Code ID de l'appareil	<input type="text"/> <input type="text"/>	B6
111	Cholestérol total	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B7