

Module 5 : Santé

Partie A : Demande de soins de santé

<p>Question 9: Quel type de personne, avez-vous consulté en Premier lieu ?</p> <p>Médecin généraliste.....0 Médecin spécialiste.....1 Dentiste.....2 Pharmacien.....3 Sage-femme.....4 Infirmière.....5 Qabla.....6 Guérisseur traditionnel.....7 Fquih ou wali ou similaire.....8 Autre personne.....7</p>	<p>Question 10: Où la consultation a-t-elle eu lieu ?</p> <p>Chez le ménage..... 0 → 16 Dispensaire..... 1 Centre de santé..... 2 Hôpital public..... 3 médecin privé (Cabinet privé).....4 Clinique privée.....5 Mutualiste..... 6 Guérisseur, fquih,ou chouafa 7 Pharmacie..... 8 Autre lieu..... 9</p>	<p>Question 14: Quel a été le moyen utilisé pour atteindre le lieu de consultation ?</p> <p>A pieds..... 1 Sur le dos d'une bête..... 2 Charrette..... 3 Véhicule..... 4 Moto/bicyclette.....5 Autres.....6</p>
<p>Question 8 :</p> <p>Pourquoi la consultation n'a pas été faite ?</p> <p>N'a pas les moyens financiers.....0 Eloignement du lieu de consultation.....1 Déplacement coûteux.....2 Déplacement très difficile.....3 Absence de médecin/Infirmier.....4 Absence de médecin femme/Infirmière.....5 Absence de prestations sanitaires.....6 Maladie ou accident ne sont pas grave ne nécessitant pas de traitement.....7 Mauvaises prestations.....8 Autre raison à préciser.....9</p>	<p>Question 16 : Liste des maladies</p> <p>Ne sait pas.....00 Maladie des yeux.....01 Maladie de l'oreille, du nez et du larynx.....02 Maladie des poumons et l'appareil respiratoire.....03 Maladie du cœur.....04 Maladie de l'appareil digestif- Diarrhée.....05 Maladie des reins et de l'appareil urinaire.....06 Maladie de l'appareil génital.....07 Maladie de la peau.....08 Maladie du foie.....09 Maladie dentaire.....10 Maladies sexuellement transmissibles.....11</p>	<p>Maladie mentale.....12 Hypertension artérielle.....13 Anémie.....14 Maladie diabétique.....15 Cancer.....16 Grippe, fièvre.....17 Fracture, luxation, entorse.....18 blessure.....19 Empoisonnement et intoxication.....20 asthme.....21 Maladie de la tête.....22 Rhumatisme.....23 Autres.....24</p>

Module 5 : Santé

Partie A : Demande de soins de santé

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
Numéro d'ordre	Numéro de la maladie	Quel genre de maladie dont vous avez souffert?	Pendant combien de jours, avez-vous souffert de cette maladie ou blessure?	Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu exercer vos activités à cause de cette maladie ou blessure?	Avez-vous consulté quelqu'un pour cette maladie ou blessure ? Non....1	Pourquoi n'avez-vous pas consulté ? → Passez au malade ou à la personne suivante	Quel type de personne, avez-vous consulté en Premier lieu ?	Où la consultation a-t-elle eu lieu ? (Voir code en face)	L'établissement consulté est-il ? Public...1 Semi public...2 Privé....3	Combien avez-vous mis de temps, uniquement pour aller au lieu de consultation?	A quelle distance d'ici cette consultation a-t-elle eu lieu? (Plus de 998 Km mettez 998)	Quel a été le moyen de transport utilisé pour atteindre le lieu de consultation? (voir code en face)	Ces moyens de transport ont-ils engendré des dépenses ? Notez le montant global en DH	Quelle maladie le diagnostic vous a-t-il signalé ? (Voir code en face)		
		Maladie passagère ..1	En jours	En jours	Oui : notez le nombre de personnes1 → 9	(Voir code en face)			Heur e	Minu te	Km	M				
		Maladie chronique ..2														
		Blessure.. .3														
□□	□□	□	□□	□□	□	□	□	□	□	□□	□□	□□□	□	□	□□□□	□□
□□	□□	□	□□	□□	□	□	□	□	□	□□	□□	□□□	□	□	□□□□	□□
□□	□□	□	□□	□□	□	□	□	□	□	□□	□□	□□□	□	□	□□□□	□□

Module 5 : Santé

Partie C : Consultation des médecins

Question 4 : Cette consultation est-elle relative à ?

- La dernière maladie ou accident déclarée à la partie A...1
- Maladie ou accident dépassant le délai d'un mois.....2
- Consultation préventive.....3

Question 6 : Où la consultation a-t-elle eu lieu?

- Dispensaire ou centre de santé.....1
- Hôpital public.....2
- Clinique mutualiste ou similaire.....3
- Clinique privée.....4
- Chez un médecin spécialiste.....5
- A domicile.....6
- Autre.....7

Partie D : Acquisition des plantes officinales

Question 4 : L'acquisition des plantes est-elle relative à ?

- La dernière maladie ou accident déclarée à la partie A.....1
- Maladie ou accident dépassant le délai d'un mois.....2
- Consultation préventive.....3

Partie E : Acquisitions des médicaments

Question 4 : L'acquisition des médicaments est-elle relative à ?

- La dernière maladie ou accident déclarée à la partie A...1
- Maladie ou accident dépassant le délai d'un mois.....2
- Consultation préventive.....3

Question 6 : Comment ces médicaments ont-ils été acquis ?

- Reçus gratuitement dans un centre hospitalier public....1
 - Reçus gratuitement d'un médecin privé.....2
 - Payés par une autre personne.....3
 - Achetés auprès d'une pharmacie.....4
 - Autres.....5
- } Acquisition
} suivante

Module 5 : Santé

Partie C : Consultation des médecins

1. Y a-t-il des membres de votre ménage qui ont consulté un médecin au cours des 2 derniers mois ?
 - Oui
 - Non -----> Partie D

2	3	4	5	6	7	8
Numéro d'ordre	Numéro de la consultation	Cette consultation concerne-t-elle ? (Voir code en face)	Quel est la personne qui a été consulté ? Médecin généraliste...1 Médecin mutualiste..2 Médecin privé...3 Autre4	Où la consultation a-t-elle eu lieu ? (Voir code en face)	Avez-vous payé de l'argent pour cette consultation ? Oui...1 Non...2 (Consultation suivante)	Quel est le montant payé ? (En DH)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie D : Acquisition des plantes officinales

1. Y a-t-il des membres de votre ménage qui ont consulté un médecin au cours des 2 derniers mois ?
 - Oui
 - Non -----> Partie E

2	3	4	5	6
Numéro d'ordre	Numéro d'acquisition	L'acquisition des plantes est-elle relative à ? (Voir code en face)	Avez-vous payé ces achats ? Oui... 1 Non... 2 → (Acquisition suivante)	Quel est le montant payé ? (En DH)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie E : Acquisitions des médicaments

1. Y a-t-il des membre de votre ménage qui ont acquis des médicaments au cours des 2 derniers mois ?
 - Oui
 - Non-----> Partie F

2	3	4	5	6	7
Numéro d'ordre	Numéro d'acquisition	L'acquisition des médicaments est-elle relative à ? (Voir code en face)	Ces médicaments ont-ils été acquis suite a une prescription médicale ? Oui... 1 Non.. 2	Comment ces médicaments ont-ils été acquis ? (Voir code en face)	Combien avez-vous payé pour l'achat de ces médicaments ? (En DH)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Module 5 : Santé

Partie G : Analyses médicales et examens biologiques**Partie H : Hospitalisation**

- La dernière maladie ou accident déclarée à la partie A.....1
- Maladie ou accident dépassant le délai d'un mois.....2
- Consultation préventive.....3

Module 5 : Santé

Partie G : Analyses médicales et examens radiologiques						Partie H : Hospitalisation							
1. Y a-t-il des membres de votre ménage qui ont fait des analyses médicales et/ou un examen radiologique au cours des 2 derniers mois ? Oui Non-----> Partie H						1. Y a-t-il des membres de votre ménage qui ont été hospitalisé au moins une nuit au cours des 12 derniers mois ? Oui Non-----> Partie I							
2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	8	9
Numéro d'ordre	Numéro de l'analyse ou de l'examen	Cette analyse est-elle relative à ? (Voir code en face)	Où s'est effectuée cette analyse (ou examen) ? Hôpital public.....1 Clinique mutualiste ou assimilée...2 Clinique laboratoire et cabinet privé.....3 Autres.....4	Avez-vous payé de l'argent pour cette analyse (ou examen)? Oui..... 1 Non..... 2 → (Analyse suivante)	Quel est le montant dépensé ? (En DH)	Numéro d'ordre	Numéro d'hospitalisation	Cette hospitalisation est-elle relative à ? (Voir code en face)	Pour quelle raison avez-vous été hospitalisé ? Opération chirurgicale..1 Accouchement..2 Accident.....3 Autres.....4	Où avez-vous été hospitalisé? Hôpital public.....1 Clinique mutualiste ou assimilée..2 Clinique privée.....3 Autres.....4	Combien de nuits avez-vous été hospitalisé? (Nombre de nuits)	Avez-vous payé de l'argent au cours de l'hospitalisation ? Oui..1 Non..2 →hospitalisation suivante	Quel est le montant payé ? (En DH)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Module 5 : Santé

Partie E : Consultation du personnel paramédical

<p>QUESTION 5: Qui avez-vous consulté ?</p> <p>Personnel paramédical public.....1</p> <p>Personnel paramédical mutualiste ou assimilé.....2</p> <p>Personnel paramédical privé.....3</p> <p>Autres personnel paramédicale.....4</p> <p>Organismes non gouvernementales.....5</p>	<p>QUESTION 6 : Où avez-vous fait cette consultation ?</p> <p>Dispensaire ou centre de santé.....1</p> <p>Hôpital public.....2</p> <p>Clinique mutualiste ou assimilée.....3</p> <p>Clinique ou cabinet privé.....4</p> <p>Autres à préciser.....5</p>
---	---

Partie E : Consultation du personnel paramédical

Partie F : Soins dentaires

<p>Question 4 : Cette consultation est relative à :</p> <p>- La dernière maladie ou accident déclarée à la partie A.....1</p> <p>- Maladie ou accident dépassant le délai d'un mois.....2</p> <p>- Consultation préventive.....3</p>
--

Module 6 : L'emploi

Partie A : Détermination du type d'activité (Personnes âgées de 7 ans et plus)

Q 3: Quel est le type d'activité de l'enquêté ?

Actif occupé.01
Chômeur	02
Femme au foyer	03
Elève / étudiant	04
Jeune enfant	05
Personne âgée06
Retraité07
Rentier08
Infirmes, grand malade09
Autres cas.10

Q6 : Quelle est votre situation dans la profession principale actuelle ? (ou celle que vous exerciez avant de devenir chômeur)

- Chômeur n'ayant jamais travaillé.....	0
- Salarié	1
- Indépendant	2
- Employeur	3
- Travailleur à domicile	4
- Aide familiale	5
- Apprenti	6
- Associé / membre d'une coopérative	7
- Autres.....	8

Module 6 : Emploi
Partie : Revenus salariaux

1 Numéro d'ordre	2 Quel a été votre salaire en espèce dans votre travail ?		3 Quelle est la durée payée au cours des 12 derniers mois ?		4 En plus du salaire, recevez-vous des primes et /ou des encouragements ? Oui 1 Non 2 → 6		5 Quelle est la valeur de ces primes au cours des 12 derniers mois ?		6 Avez-vous reçu au cours des 12 derniers mois des avantages en espèce et/ou forme?						
	Montant en DH	Unité de temps	Mois	Semaine		Valeur de la prime en DH	Unité de temps	A Logement		B Transport		C Vêtement/ chaussures		D Nourriture	
								Montant en DH	Unité de temps	Montant en DH	Unité de temps	Montant en DH	Unité de temps	Montant en DH	Unité de temps
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Unité temps : Le jour...1, La semaine.....2, Deux semaines....3, Un mois...4, Deux mois....5, Trois mois....6, Six mois.....7, Un an.....8

Module 6 : Emploi
Partie : Revenus salariaux

1	7	8	9	10
---	---	---	---	----

Numéro d'ordre	Est-ce que vous avez exercé au cours des 12 derniers mois un travail secondaire en tant que salarié ? Oui 1 Non 2 → membre suivant	Quelle a été la durée travaillée et payée au cours des 12 derniers mois ? (En mois)	Quelle a été la rémunération en espèce perçue dans ce travail secondaire pendant la période travaillée au cours des 12 derniers mois ? (Montant en DH)	Quel a été le montant total des avantages perçus au cours des 12 derniers mois ? (Montant en DH)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Module 7 : Biens durables possédés par le ménage

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Numéro d'ordre	Type de bien	Quel est le nombre de (...) possédé par le ménage ?	Depuis quand possédez-vous ce (cette) [] ? Si la réponse est plus de 24 mois passer à l'autre bien		Quel était son état d'acquisition ? Neuf 1 Occasion .. 2	Quel est le mode de son acquisition ? Acheté au comptant . 1 Acheté à crédit 2 Cadeaux..... 3 Dons 4 Autres cas 5	Quelle était sa valeur quand vous l'avez acquis ? (Montant en DH)
			Mois	Années			
0 11	Cuisinière non électrique avec four	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 12	Cuisinière électrique avec four	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 13	Réfrigérateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 14	Congélateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 15	Four électrique indépendant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 16	Four à gaz indépendant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 17	Four à gaz pour cuisson de pain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 18	Four électrique pour cuisson de pain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 19	Hotte aspirante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Module 7 : Biens durables possédés par le ménage (Suite)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Numéro d'ordre	Type de bien	Quel est le nombre de (...) possédé par le ménage ?	Depuis quand possédez-vous ce (cette) [] ? Si la réponse est plus de 24 mois passer à l'autre bien		Quel était son état d'acquisition ? Neuf 1 Occasion .. 2	Quel est le mode de son acquisition ? Acheté au comptant . 1 Acheté à crédit 2 Cadeaux..... 3 Dons 4 Autres cas 5	Quelle était sa valeur quand vous l'avez acquis ? (Montant en DH)
			Mois	Années			
1 1	Four micro-ondes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 1	Lave-vaisselle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 2	Lave-linge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 3	Séchoir à linge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 4	Machine à coudre électrique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 5	Machine à coudre mécanique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 6	Machine à tricoter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 7	Robot (mixeur, hachoir, presse-fruits)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 8	Aspirateur électrique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 9	Climatiseur, ventilateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 0	Chauffe-eau à gaz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Module 7 : Biens durables possédés par le ménage (Suite)

1	2	3	4		5	6	7
Numéro d'ordre	Type de bien	Quel est le nombre de (...) possédé par le ménage ?	Depuis quand possédez-vous ce (cette) [] ? Si la réponse est plus de 24 mois passer à l'autre bien		Quel était son état d'acquisition ? Neuf 1 Occasion .. 2	Quel est le mode de son acquisition ? Acheté au comptant . 1 Acheté à crédit 2 Cadeaux..... 3 Dons 4 Autres cas 5	Quelle était sa valeur quand vous l'avez acquis ? (Montant en DH)
			Mois	Années			
2 1	Chauffe-eau électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 2	Chauffe-eau solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 3	Appareil de chauffage à gaz ou à gasoil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 4	Appareil de chauffage électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 5	Radio, transistor, walkman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 6	Radio-cassette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 7	T.V. couleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 8	T.V. noir et blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 9	Enregistreur vidéo (magnétoscope)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 0	Parabole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Module 7 : Biens durables possédés par le ménage (Suite)

1	2	3	4		5	6	7
Numéro d'ordre	Type de bien	Quel est le nombre de (...) possédé par le ménage ?	Depuis quand possédez-vous ce (cette) [] ... ? Si la réponse est plus de 24 mois passer à l'autre bien		Quel était son état d'acquisition ? Neuf 1 Occasion .. 2	Quel est le mode de son acquisition ? Acheté au comptant . 1 Acheté à crédit 2 Cadeaux..... 3 Dons 4 Autres cas 5	Quelle était sa valeur quand vous l'avez acquis ? (Montant en DH)
			Mois	Années			
3 1	Caméras vidéo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 2	Répondeur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 3	Chaîne haute fidélité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 4	Tourne-disque	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 5	Lecteur CD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 6	Micro-ordinateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 7	Imprimante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 8	Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Module 8 : Transport

Partie B : Moto**Partie C : Vélo**

0. Votre ménage dispose t-il d'un (ou plusieurs) Motocycle(s)?				0. Votre ménage dispose t-il d'un (ou plusieurs) bicyclettes à usage de transport?			
Oui		Non → Partie C		Oui		Non ----> Section suivante	
1. Numéro de motocycle	1	2	3	1. Numéro de la bicyclette	1	2	3
2. Etat d'acquisition Neuf1 Occasion2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Quel est le montant pour l'achat de la bicyclette durant les 12 derniers mois ? (en DH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mode d'acquisition - Achat à crédit1 - Achat au comptant2 - Autre4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quel est le montant payé pour l'achat des motocycles durant les 12 derniers mois ? (en DH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Frais d'entretien ou de réparation dépensés au cours de la période de référence ? 3.1- Montant en DH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Montant des assurances payées durant les 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.2- Unité temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Combien dépensez-vous pour l'achat de l'essence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6.1- Montant en DH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6.2- Unité temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. Frais d'entretien ou de réparation dépensés durant le dernier mois ? (En DH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. Est-ce que ce motocycle est utilisé à usage professionnel ? Oui1 Non2 → Motocycle suivant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Quelle est la part de déplacement à usage professionnel? (en %) → Motocycle suivant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Unité temps : Le jour...1, La semaine.....2, Deux semaines....3, Un mois...4, Deux mois....5, Trois mois....6, Six mois.....7, Un an.....8

Module 9 : Migration (Pour les membres âgés de 7 ans et plus)

<p>Question 4 : où êtes-vous né ?</p> <p>Milieu urbain.....1 Milieu rural.....2 A l'étranger.....3</p>	<p>Question 7 : Avec qui avez-vous quitté votre lieu de naissance ?</p> <p>Seul(e).....1 Seul(e) pour rejoindre la famille.....2 En compagnie des parents.....3 En compagnie de l'épouse(x) ou des enfants4 En compagnie d'un membre de la famille.....5 En compagnie d'une personne sans lien.....6</p>	<p>Question 10 : Quel est votre lieu de résidence avant votre résidence actuelle ?</p> <p>Milieu urbain.....1 Milieu rural.....2 A l'étranger.....3</p>	<p>Q14 : Pourquoi avez-vous choisi ce lieu de résidence actuelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'un emploi.....01 - Disponibilité de nouvel emploi, ouverture d'un commerce ou une affaire.....02 - Affectation, Mutation03 - Sécheresse04 - Autres raisons liées à l'emploi05 - Etudes, éducation des enfants.....06 - Changement d'état matrimonial (mariage, etc.)..07 - Accompagne chef de famille ou parents ..08 - Désir de rejoindre la famille09 - Raisons de santé.....10 - Attraction du milieu urbain11 - Causes liées au logement.....12 - Autres13
--	---	---	---

Module 10: Fécondité**Partie A: Fécondité****Question 7: Pourquoi ?**

- 01- Grossesse
- 02- Allaitement
- 03- Contre la limitation des naissances
- 04- Refus du mari
- 05- Existence d'effets secondaires
- 06- Problème de santé
- 07- Problème de coût
- 08- Difficulté de se procurer des contraceptifs
- 09- N'est pas commode à utiliser
- 10- Problème d'information
- 11- Le couple ne peut avoir d'enfants
- 12- Le couple désire avoir des enfants
- 13- Ne sait pas
- 14 - Autres raisons

Question 8: Parmi ces moyens, lequel utilisez-vous ou votre mari ?

- 01- Pilule
- 02- D.I.U. (stérilet)
- 03- Injections
- 04- Diaphragme
- 05- Cordon
- 06- Stérilisation féminine
- 07- Stérilisation masculine
- 08- Continence périodique, rythme
- 09- Retrait
- 10- Autres

Module 10: Fécondité
Partie B : Santé de la mère

<p>Question 8: Pendant que vous-étiez enceinte de [] avez-vous fait au moins une visite de contrôle prénatal?</p>		<p>Question 9: Où avez-vous accouché de [...] ?</p>
<p>Oui, auprès d'un médecin.....1 Oui, auprès d'une infirmière.....2 Oui, auprès d'une sage-femme.....3 Non.....4</p>		<p>A domicile..... 1 Hôpital public ou maternité 2 Clinique privée..... 3 Etablissement des soins sanitaires de base 4 Autre..... 5</p>

<p>Question 10: Qui vous a assisté à l'accouchement?</p>	
<p>Aucune personne.....</p>	<p>1</p>
<p>Médecin.....</p>	<p>2</p>
<p>Sage-femme.....</p>	<p>3</p>
<p>Infirmière.....</p>	<p>4</p>
<p>Accoucheuse formée.....</p>	<p>5</p>
<p>Accoucheuse traditionnelle (kabla).....</p>	<p>6</p>
<p>Personne proche.....</p>	<p>7</p>
<p>Autre.....</p>	<p>8</p>

Module 10 : Fécondité**Partie C : Nutrition des enfants de moins de 24 mois**

Question 9 : Pourquoi [nom] a t-il cessé de téter ou n'a jamais tété ?	
Enfant devenu grand.....	.01
Enfant malade.....	.02
Refuse de téter.....	.03
Mère Malade.....	.04
Mère n'a plus de lait.....	.05
Mère a une maladie des seins.....	.06
Mère veut rester en bonne santé.....	.07
Mère tomber enceinte.....	.08
Mère préfère lui donner du lait artificiel.....	.09
Mère travaille hors domicile.....	.10
Autres (a préciser).....	.11

