

MINISTÈRE DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE
ET DE LA POPULATION
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)

MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE
CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE SECTEUR SANTÉ,
DEVELOPPEMENT SOCIAL ET PROMOTION DE LA FAMILLE (CPS/SSDSPF)

SIXIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU MALI (EDSM-VI 2018)

QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																					
NOM DE LA LOCALITÉ _____																					
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																					
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																	
NUMÉRO DE CONCESSION																					
NUMÉRO DU MÉNAGE																					
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																					
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME? (1=OUI, 2=NON)																					
FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE? (1=OUI, 2=NON)																					
VISITES D'ENQUÊTRICES																					
	1	2	3	VISITE FINALE																	
DATE	_____	_____	_____	JOUR	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS																	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td></tr> </table>	2	0	1	8												
2	0	1	8																		
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		No ENQUÊT	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT*	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td></tr> </table>																
<p>NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td></td></tr></table></p>																					
<p>*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ PRÉCISEZ _____</p>																					
<p> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td></td><td></td></tr></table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td></td><td></td></tr></table> TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td></td></tr></table> </p>						0	1														
0	1																				
<p> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 08 MINIANKA 02 BAMBARA/MALINKÉ 09 TAMACHECK 03 SONRAÏ/DJERMA 10 BOBO/DAFING 04 PEUHL/FOULFOULDÉ 11 BOZO/SOMONO 05 SÉNOUFO 96 AUTRE 06 MARKA/SONINKÉ _____ 07 DOGON (PRÉCISEZ) </p>																					
<p>CHEF D'ÉQUIPE</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30%;">_____</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>NOM</td> <td colspan="6">NUMÉRO</td> </tr> </table>						_____							NOM	NUMÉRO							

NOM	NUMÉRO																				

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____, Je travaille pour l' INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT) et la CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUES (CPS). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets au MALI. 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 ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE
D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES MINUTES																
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES DEPUIS TOUJOURS 95 VISITEUR 96	→ 105															
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez à Bamako, dans une autre ville ou en zone rurale ?	BAMAKO 1 AUTRE VILLE 2 ZONE RURALE 3																
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle région/ville est-ce que vous viviez ?	KAYES 01 KOULIKORO 02 SIKASSO 03 SÉGOU 04 MOPTI 05 TOMBOUCTOU 06 GAO 07 KIDAL 08 BAMAKO 09 MENAKA 10 TAOUDENIT 11 EN DEHORS DU MALI/ À L'ÉTRANGER 96																
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998																
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES																
107	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 111															
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : fondamental 1 (1er cycle), fondamental 2 (2nd cycle), secondaire (lycée, technique, professionnel) ou supérieur ?	FONDAMENTAL 1er Cycle 1 FONDAMENTAL 2nd Cycle 2 SECONDAIRE (Lycée/Technique/Professionnel) .. 3 SUPÉRIEUR 4																
109	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevé à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE]																
<p align="center">Codes pour Q.109</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>FONDAMENTAL 1er Cycle</th> <th>FONDAMENTAL 2nd Cycle</th> <th>SECONDAIRE Lycée, Enseignement Technique/Professionnel</th> <th>SUPÉRIEUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NIVEAU</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANNÉE/CLASSE</td> <td>MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année =5 6ème année =6</td> <td>MOINS D'1 AN. =0 7ème année =1 8ème année =2 9ème année =3</td> <td>MOINS D'1 AN.=0 1ère/10ème année=1 2ème/11ème année=2 3ème/12ème année=3 4ème année=4</td> <td>MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année+ =5</td> </tr> </tbody> </table>					FONDAMENTAL 1er Cycle	FONDAMENTAL 2nd Cycle	SECONDAIRE Lycée, Enseignement Technique/Professionnel	SUPÉRIEUR	NIVEAU					ANNÉE/CLASSE	MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année =5 6ème année =6	MOINS D'1 AN. =0 7ème année =1 8ème année =2 9ème année =3	MOINS D'1 AN.=0 1ère/10ème année=1 2ème/11ème année=2 3ème/12ème année=3 4ème année=4	MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année+ =5
	FONDAMENTAL 1er Cycle	FONDAMENTAL 2nd Cycle	SECONDAIRE Lycée, Enseignement Technique/Professionnel	SUPÉRIEUR														
NIVEAU																		
ANNÉE/CLASSE	MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année =5 6ème année =6	MOINS D'1 AN. =0 7ème année =1 8ème année =2 9ème année =3	MOINS D'1 AN.=0 1ère/10ème année=1 2ème/11ème année=2 3ème/12ème année=3 4ème année=4	MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année+ =5														

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
110	VÉRIFIEZ 108: FONDAMENTAL (1er/2nd Cycle) <input type="checkbox"/> SECONDAIRE <input type="checkbox"/>	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>	→ 113
111	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
112	VÉRIFIEZ 111: CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 114
113	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
114	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
115	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI 1 NON 2	→ 118
117	Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?	OUI 1 NON 2	
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI 1 NON 2	
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI 1 NON 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 122
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
122	Quelle est la religion que vous pratiquez?	MUSULMANE 1 CATHOLIQUE 2 PROTESTANT 3 ÉVANGÉLIQUE 4 AUTRE RELIGION CHRÉTIENNE 5 ANIMISTE 6 AUTRES RELIGIONS 7 SANS RELIGION 8	
123	Quelle est votre ethnie?	CODE ETHNIE (Pour les MALIENS) BAMBARA 01 MALINKE 02 PEULH 03 SARAKOLE/SONINKE/MARKA 04 SONRAI 05 DOGON 06 TOUAREG/BÉLLA 07 SÉNOUFO/MINIANKA 08 BOBO 09 AUTRE MALIEN 16 _____ (PRÉCISEZ) CODE NATIONALITÉ (Pour les ÉTRANGERS) PAYS CEDEAO 21 AUTRES PAYS AFRICAINS 22 AUTRES NATIONALITÉS 23	
124	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de passer une nuit ou plus ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 126
125	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	
126	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous entendu ou vu un message quelconque sur le paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 128
127	Par quelle source avez-vous entendu ou vu un message sur le paludisme? INSISTEZ : Autres sources? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	RADIO A TELEVISION B AFFICHE MURALE C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE D EVENEMENT DANS LA COMMUNAUTE E ANIMATEURS D'ONG/OBC F PERSONNEL DE SANTE G CRIEURS PUBLICS/VILLAGE/ MARCHÉ/QUARTIER H HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ I ÉCOLE/ENSEIGNANTS J AMI/VOISIN/FAMILLE/ÉGLISE/MOSQUÉE K INTERNET/MESSAGES TÉLÉPHONIQUE L AUTRE X _____ (PRÉCISEZ)	
128	A votre avis, quelle est la principale cause du paludisme? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIQÛRE DE MOUSTIQUES A CONSOMMATION ABUSIVE D'HUILE/D'OEUF B FATIGUE DUE AU TRAVAIL C INSUFFISANCE DU SOMMEIL/ FATIGUE D EXPOSITION DIRECTE AU SOLEIL E CONSOMMATION DES MANGUES/FRUITS SUCRE F CONSOMMATION DE LAIT G EAU SALE/ENVIRONNEMENT SALE/SALETÉS H ALIMENTS SALES/MAL CONSERVÉS/MOUCHE I ALIMENTS FROIDS/ALIMENTS GLACÉS J FRAICHEUR/HUMIDITÉ/ PLUIES K AUTRE X _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	
129	Quels sont, selon vous, les symptômes du paludisme ? INSISTEZ : Autres symptômes? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	FIÈVRE A MANQUE D'APPÉTIT/ VOMISSEMENTS B TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC CONVULSIONS C TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC ÉVANOUISSEMENT D TEMPÉRATURE PERSISTANTE E CONVULSIONS F JAUNISSE G URINES JAUNES/URINES COLORÉES FONCÉES H CÉPHALÉES/MIGRAINES/MAUX DE TÊTE I COURBATURE/DOULEURS DES ARTICULATIONS J DIARRHÉE K PALEUR/DÉMAGEAISON L AUTRE X _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
130	<p>Quels sont les moyens efficaces pour prévenir le paludisme ?</p> <p>INSISTEZ : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE A</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIF . . . B</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE / DIFFUSEURS/ CRÈMES/ LOTIONS / RÉPULSIFS C</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUE SPIRALE D</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE A BOIRE A TITRE PREVENTIF E</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS F</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIRI G</p> <p>GRILLAGES AUX FENETRES H</p> <p>EN UTILSANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUE FUMIGENE I</p> <p>EN UTILISANT DES PLAQUETTES ELECTRIQUES J</p> <p>CLIMATISEURS/VENTILATEUR K</p> <p>POUDRE(EPANDAGE)/PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE L</p> <p>SE COUVRIR LE CORPS M</p> <p>ÉVITER MANGER ALIMENTS HUILEUX/ HUILE/GRAS N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
131	<p>Quels moyens utilisez-vous pour vous protéger contre le paludisme?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE A</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIF . . . B</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE / DIFFUSEURS/ CRÈMES/ LOTIONS / RÉPULSIFS C</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUE SPIRALE D</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE A BOIRE A TITRE PREVENTIF E</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS F</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIRI G</p> <p>GRILLAGES AUX FENETRES H</p> <p>EN UTILSANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUE FUMIGENE I</p> <p>EN UTILISANT DES PLAQUETTES ELECTRIQUES J</p> <p>CLIMATISEURS/VENTILATEUR K</p> <p>POUDRE(EPANDAGE)/PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE L</p> <p>SE COUVRIR LE CORPS M</p> <p>ÉVITER MANGER ALIMENTS HUILEUX/ HUILE/GRAS N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	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 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 décédés ? 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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> NON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> OU PLUS AUCUNE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>				→ 226						

SECTION 2. REPRODUCTION

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

212	213	214	215	215A	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? INSCRI-VEZ LE NOM. N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces nais-sances, y avait-il des jumeaux ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?	De combien de mois étiez-vous enceinte avant la naissance de (NOM)? INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. 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.) C	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversai re ? INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLU E.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N0 DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ? PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la nais-sance ?
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT T. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOU T. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOU T. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOU T. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

212	213	214	215	215A	216	217	218	219	220	221
<p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>Parmi ces nais-sances, y avait-il des jumeaux ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p> <p>De combien de mois étiez-vous enceinte avant la naissance de (NOM) ?</p> <p>INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. 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.)</p> <p style="text-align: center;">C</p>	<p>SI NÉ EN 2013-2018</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUTIONNAIRE.</p>	<p>SI EN VIE:</p> <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>SI EN VIE:</p> <p>INSCRIVEZ LE N0 DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>SI DÉCÉDÉ:</p> <p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>	<p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	DURÉE DE LA GROSSESSE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2	
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NOMBRES SONT ÉGAUX ↓ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS ↓ <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) </div> </div>		
224	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2013-2018	NOMBRE DE NAISSANCES: <input type="text"/> AUCUNE 0	
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? </div> <div style="width: 45%;"> AUCUNE <input type="checkbox"/> b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ? </div> </div>	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 239
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
232	<p>VÉRIFIEZ 231:</p> <p>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/></p> <p>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2012 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 234</p> <p>→ 239</p>
LINE NO.	233 En quel mois et en quelle année la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	234 De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	235 Depuis janvier 2013, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?
01		<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
02	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
03	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
04	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 NON 2 → 236
236	<p>C POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2013-2018 OU PLUS TARD, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE QUATRE GROSSESSES QUI NE SE SONT PAS TERMINÉES PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.</p>		
237	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2013 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 239
238	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2013 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

10	<p>Méthode des jours fixes.</p> <p>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</p> <p>NON 2</p>
11	<p>Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA).</p> <p>INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
12	<p>Méthode du rythme.</p> <p>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</p> <p>NON 2</p>
13	<p>Retrait.</p> <p>INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI 1</p> <p>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</p> <p>_____ A</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE</p> <p>_____ B</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>NON Y</p>

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM .</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 11</p> <p>HOPITAL REGIONAL 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCI 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNNAUTAIRE 14</p> <p>DISPENSARE/MATERNITE 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET MÉDICAL 22</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE .. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
308	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>													<p>→ 310</p>
309	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>													
310	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309, 215 ET 231: AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308 OU 309</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>RETOURNEZ À 308 OU 309, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p>														

SECTION 3. CONTRACEPTION

311	VÉRIFIEZ 308 ET 309:	<p align="center">ANNÉE EST 2013-2018 </p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION .</p> <p align="center">ENSUITE CONTINUEZ </p>	<p align="center">ANNÉE EST 2012 OU PLUS TÔT </p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2013 .</p> <p align="center">ENSUITE (ALLEZ À 324)</p>	
312	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>C UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2013. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>			
		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3
312A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	<p align="center">MOIS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <p align="center">ANNÉE</p>	<p align="center">MOIS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <p align="center">ANNÉE</p>	<p align="center">MOIS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <p align="center">ANNÉE</p>
312B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 </p> <p align="center">(ALLEZ À 312I)</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 </p> <p align="center">(ALLEZ À 312I)</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 </p> <p align="center">(ALLEZ À 312I)</p>
312C	Quelle était cette méthode ?	<p>CODE MÉTHODE .. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>CODE MÉTHODE .. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>CODE MÉTHODE .. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>
312D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA	<p>IMMÉDIATEMENT 00 </p> <p>MOIS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 312F)</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00 </p> <p>MOIS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 312F)</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00 </p> <p>MOIS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 312F)</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
313	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE À N'IMPORTE QUEL AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/>		315
314	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	326
315	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	326 319 327 323
316	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL 11 HOPITAL REGIONAL 12 CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE 13 CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 14 DISPENSARE/MATERNITE 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CABINET MÉDICAL 22 CABINET DE SOIN PRIVÉ 23 PHARMACIE 24 CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS 25 CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE 26 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 28 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 BAR/BOÎTE DE NUIT 32 KIOSQUE/TABLIER 33 VENDEUR AMBULANT 34 AMIS/PARENTS 35 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	323 322 323

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
318	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 321 → 320
319	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 ?	OUI 1 NON 2	→ 321
320	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 322
321	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI 1 NON 2	
322	<p>VÉRIFIEZ 318 ET 319:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN <input type="checkbox"/></p> <p>OUI' ↓</p> <p>a) À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 315) de (ENDROIT DE 307 OU 316), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p> </div> </div>	OUI 1 NON 2	→ 324
323	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
324	<p>VÉRIFIEZ 304:</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 327 → 327 → 327

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
325	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 11</p> <p>HOPITAL REGIONAL 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 14</p> <p>DISPENSARE/MATERNITE 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p align="right">_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET MÉDICAL 22</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ 23</p> <p>PHARMACIE 24</p> <p>CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS 25</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p align="right">_____ 28</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>BAR/BOÎTE DE NUIT 32</p> <p>KIOSQUE/TABLIER 33</p> <p>VENDEUR AMBULANT 34</p> <p>AMIS/PARENTS 35</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 327</p>
326	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 329</p>
328	<p>Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p align="center">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 401</p>
330	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	<p>VÉRIFIEZ 224:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2013-2018</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2013-2018</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: right;"> <p>→ 648</p> </div> </div>		
402	<p>VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2013-2018. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
403	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE</p> <div style="display: flex; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<p>AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE</p> <div style="display: flex; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
404	<p>À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:</p>	<p>NOM</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> </div>	<p>NOM</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> </div>
405	<p>Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?</p>	<p>OUI 1</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 408) ←</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 426) ←</p> <p>NON 2</p>
406	<p>VÉRIFIEZ 208:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p> <p>b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ?</p> </div> </div>	<p>PLUS TARD 1</p> <p>PLUS/AUCUN 2</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À TO 408) ←</p>	<p>PLUS TARD 1</p> <p>PLUS/AUCUN 2</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 426) ←</p>
407	<p>Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?</p>	<p>MOIS 1</p> <div style="display: flex; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>ANNÉES 2</p> <div style="display: flex; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>NE SAIT PAS 998</p>	<p>MOIS 1</p> <div style="display: flex; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>ANNÉES 2</p> <div style="display: flex; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>NE SAIT PAS 998</p>
408	<p>Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 414) ←</p>	
409	<p>Qui avez-vous vu ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN..... A</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME... B</p> <p>MATRONE C</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE / ATR D</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./RELAIS F</p> <p>AUTRE X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																					
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL C</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL D</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE E</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ... F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC H</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ... I</p> <p>CABINET MÉDICAL J</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ .. K</p> <p>CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS L</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ M</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>																						
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																						
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																						
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous a-t-on pris la tension ?</td><td>a) TENSION 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</td><td>b) URINE 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</td><td>c) SANG 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>d) Vous a-t-on pesé ?</td><td>d) POIDS 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>e) Vous a-t-on mesuré la taille ?</td><td>e) TAILLE 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>f) Vous a-t-on fait le toucher vaginal ?</td><td>f) TOUCHER VAG... 1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION 1	2	b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE 1	2	c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG 1	2	d) Vous a-t-on pesé ?	d) POIDS 1	2	e) Vous a-t-on mesuré la taille ?	e) TAILLE 1	2	f) Vous a-t-on fait le toucher vaginal ?	f) TOUCHER VAG... 1	2	
	OUI	NON																						
a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION 1	2																						
b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE 1	2																						
c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG 1	2																						
d) Vous a-t-on pesé ?	d) POIDS 1	2																						
e) Vous a-t-on mesuré la taille ?	e) TAILLE 1	2																						
f) Vous a-t-on fait le toucher vaginal ?	f) TOUCHER VAG... 1	2																						
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 417) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																						
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																						
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	<p>2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 420) ←</p>																						

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
430	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 21</p> <p>HOPITAL REGIONAL 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 24</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>(PRÉCISEZ) _____</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CABINET MÉDICAL 32</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ .. 33</p> <p>CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>(PRÉCISEZ) _____</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ) _____ (PASSEZ À 434) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 21</p> <p>HOPITAL REGIONAL 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 24</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>(PRÉCISEZ) _____</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CABINET MÉDICAL 32</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ .. 33</p> <p>CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>(PRÉCISEZ) _____</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ) _____ (PASSEZ À 434) ←</p>																		
431	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>																			
432	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>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434) ←</p>																		
433	Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>																		
434	Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																		
434A	Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																		
434B	VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT	<p>CODE</p> <p>11, 12, OU 96 ENCERCLÉ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> AUTRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table></p> <p>(ALLEZ À 449) ←</p>																			

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
435	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 438) ←													
436	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="915 443 1040 495"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="915 495 1040 548"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="915 548 1040 600"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 998													
437	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME... 12 MATRONE 13 ACCOUCHEUSE TRADITION. FORMÉE/ATR 14 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ RELAIS 22 PARENT/AMI 23 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)													
438	Je voudrais maintenant vous parler d'examens de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 441) ← NE SAIT PAS 8													
439	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="915 1304 1040 1356"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="915 1356 1040 1409"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="915 1409 1040 1461"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 998													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
440	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 MATRONE 13 ACCOUCHEUSE TRADITION. FORMÉE/ATR 14 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ RELAIS.... 22 PARENT/AMI 23 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)																			
441	Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 445) ←																			
442	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet 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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 998																			
443	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 MATRONE 13 ACCOUCHEUSE TRADITION. FORMÉE/ATR 14 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ RELAIS.... 22 PARENT/AMI 23 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)																			

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
444	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 21</p> <p>HOPITAL REGIONAL 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 24</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CABINET MÉDICAL 32</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ .. 33</p> <p>CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
447	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12</p> <p>MATRONE 13</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITION. FORMÉE/ATR 14</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./RELAIS 22</p> <p>PARENT/AMI 23</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
448	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 21</p> <p>HOPITAL REGIONAL 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 24</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CABINET MÉDICAL 32</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ .. 33</p> <p>CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p>	
449	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 453) ←</p>	
450	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
451	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN..... 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.. 12</p> <p>MATRONE 13</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITION. FORMÉE/ATR 14</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./RELAIS.... 22</p> <p>PARENT/AMI 23</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
452	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 21</p> <p>HOPITAL REGIONAL 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 24</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CABINET MÉDICAL 32</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ .. 33</p> <p>CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	
453	<p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
454	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES APRÈS NAISSANCE .. 1</p> <p>JOURS APRÈS NAISSANCE .. 2</p> <p>SEMAINES APRÈS NAISSANCE .. 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
455	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>NSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12</p> <p>MATRONE 13</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITION. FORMÉE/ATR 14</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT. / RELAIS 22</p> <p>PARENT/AMI 23</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
456	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 21</p> <p>HOPITAL REGIONAL 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 24</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CABINET MÉDICAL 32</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ .. 33</p> <p>CASE DE SANTÉ/ ASC/RELAIS 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	
457	<p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) CORDON 1 2 8</p> <p>b) TEMP 1 2 8</p> <p>c) SIGNES 1 2 8</p> <p>d) CONSEIL ALLAI- TEMENT .. 1 2 8</p> <p>e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT .. 1 2 8</p>	
458	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	<p>OUI 1</p> <p>(ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 461) ←</p>	
459	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>
460	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
461	VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	<p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 464) ←	
463	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (ALLEZ À 466) ← NON 2	OUI 1 NON 2
465	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 471) ←	
466	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
467	Dans les trois premiers jours après la naissance, est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2	
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←
469	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
470	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.	RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501A	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2015-2018? <div> UNE NAISSANCE OU PLUS EN <input type="checkbox"/> 2015-2018 AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2015-2018 </div>		→ 601
502A	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2015-2018. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____ NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>		
503A	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: <div> VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> </div>		→ 501B
504A	Avez-vous un carnet, une carte ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTI 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT .. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507A → 507A
505A	Avez-vous déjà eu un carnet ou carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506A	VÉRIFIEZ 504A: <div> CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div>		→ 511A
507A	Puis-je voir le carnet, la carte ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET/CARTE VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511A

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																	
508A	<p>COPIEZ LES DATES DU CARNET DE VACCINATION. INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO)1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVac)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)				VACCIN POLIO ORAL (VPO)1				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3				VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)				DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1				DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2				DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3				VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 1				VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 2				VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 3				ROTAVIRUS 1				ROTAVIRUS 2				ROTAVIRUS 3				VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR)				VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVac)				VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)					
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																
BCG																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL (VPO)1																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3																																																																																			
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)																																																																																			
DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																			
DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																			
DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																			
VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 1																																																																																			
VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 2																																																																																			
VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 3																																																																																			
ROTAVIRUS 1																																																																																			
ROTAVIRUS 2																																																																																			
ROTAVIRUS 3																																																																																			
VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR)																																																																																			
VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVac)																																																																																			
VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)																																																																																			
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																			
509A	<p>VÉRIFIEZ 508A: 'BCG' À 'VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>		→ 525A																																																																																
510A	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508A QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI 1 } (INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508A. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) } (PUIS ALLEZ À 525A) ←</p> <p>NON 2 } NE SAIT PAS 8 } (NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) } (PUIS ALLEZ À 525A) ←</p>																																																																																	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511A	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525A
512A	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 ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
514A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 516A1
515A	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2	
516A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
516A1	Est-ce que (NOM) a reçu un vaccin contre la polio sous forme d'injection dans la cuisse ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
517A	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 ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519A
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin PCV 13 contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 521A
520A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin PCV 13 contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rota virus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 523A
522A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rota virus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin VAR contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
524A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin MenAfriVac contre la méningite, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour lui éviter la méningite ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
524AA	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
525A	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : a) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS COMME MOUGOU-DLANIN? b) ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'NUT (TIGA-DEGUENI) c) COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'DOZ ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">OUI NON NSP</div> a) POUDRE (MOUGOU-DLANIN) .. 1 2 8 b) PLUMPY'NUT (TIGA-DEGUEN .. 1 2 8 c) PLUMPY'DOZ 1 2 8	
526A	CONTINUEZ AVEC 501B.		

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018? D'AUTRES NAISSANCES EN <input type="checkbox"/> 2015-2018 PLUS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2015-2018		→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2015-2018. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>		
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>		→ 526B
504B	Avez-vous un carnet, une carte ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTI 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT .. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507B → 507B
505B	Avez-vous déjà eu un carnet ou carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet, la carte ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET/CARTE VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511B

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																	
508B	<p>COPIEZ LES DATES DU CARNET DE VACCINATION. INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO)1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVac)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)				VACCIN POLIO ORAL (VPO)1				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3				VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3				VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 1				VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 2				VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 3				ROTAVIRUS 1				ROTAVIRUS 2				ROTAVIRUS 3				VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR)				VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVac)				VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)					
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																
BCG																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL (VPO)1																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2																																																																																			
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3																																																																																			
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)																																																																																			
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																			
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																			
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																			
VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 1																																																																																			
VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 2																																																																																			
VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (PCV 13) 3																																																																																			
ROTAVIRUS 1																																																																																			
ROTAVIRUS 2																																																																																			
ROTAVIRUS 3																																																																																			
VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR)																																																																																			
VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVac)																																																																																			
VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)																																																																																			
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																			
509B	<p>VÉRIFIEZ 508B: 'BCG' À 'VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>		525B																																																																																
510B	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508B QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI 1</p> <p>(INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508B. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p>(PUIS ALLEZ À 525B)</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p>(PUIS ALLEZ À 525B)</p>																																																																																	

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511B	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525B
512B	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 ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
514B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 516B1
515B	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
516B1	Est-ce que (NOM) a reçu un vaccin contre la polio sous forme d'injection dans la cuisse ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
517B	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 ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519B
518B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin PCV 13 contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521B
520B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin PCV 13 contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rota virus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523B
522B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rota virus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin VAR contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
524B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin MenAfriVac contre la méningite, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour lui éviter la méningite ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
524BA	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
525B	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : a) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS COMME MOUGOU-DLANIN? b) ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'NUT (TIGA-DEGUENI) c) COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'DOZ ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">OUI NON NSP</div> a) POUDRE (MOUGOU-DLANIN) .. 1 2 8 b) PLUMPY'NUT (TIGA-DEGUEN) .. 1 2 8 c) PLUMPY'DOZ 1 2 8	
526B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018 <input type="text"/> (ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) </div> <div style="text-align: center;"> PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018 <input type="text"/> </div> </div>		→ 601

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

601	VÉRIFIEZ 224: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AUCUNE NAISSANCE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: right;"> → 648 </div> </div>		
602	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2013-2018. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
603	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRES NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>
604	DE 212 ET 216:	NOM _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> VIVANT <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: center;"> (ALLEZ À 646) ← </div>	NOM _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> VIVANT <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: center;"> (ALLEZ À 646) ← </div>
605	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
606	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules ou du sirop contenant du fer comme [celui-ci/l'un de ceux-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
607	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
608	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 <div style="text-align: center;">(ALLEZ À 618) ←</div> NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 <div style="text-align: center;">(ALLEZ À 618) ←</div> NE SAIT PAS 8

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
615	<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 appelé KENEYADJI (Sachet de solution SRO) ?</p> <p>b) Un liquide SRO (KENEYADJI)</p> <p>c) Un liquide KENEYADJI préparé à la maison à base d'eau, de sucre et de sel?</p> <p>d) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p>	<p align="right">OUI NON NSP</p> <p>a) LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRC .. 1 2 8</p> <p>c) KENEYADJI MAISON .. 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p>	<p align="right">OUI NON NSP</p> <p>a) LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRC .. 1 2 8</p> <p>c) KENEYADJI MAISON .. 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p>
616	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/></p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 618) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 618) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
617	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/></p> <p>a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>b) Qu'a t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) 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 align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) 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 align="center">(PRÉCISEZ)</p>
618	<p>Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 620) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 620) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
619	<p>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 pour le test ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
620	<p>Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
621	<p>Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 623) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 623) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

















SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
622	Est-ce que ce souffle rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dus à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHE SEULEMEN' 1 NEZ SEULEMEN' 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←	BRONCHE SEULEMEN' 1 NEZ SEULEMEN' 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←
623	VÉRIFIEZ 618: A EU DE LA FIÈVRE ?	OUI NON OU NSP ↓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 645A) ←	OUI NON OU NSP ↓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 645A) ←
624	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←
625	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL A HOPITAL REGIONAL B CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE C CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE D DISPENSARE/MATERNITE' E AUTRE SECTEUR PUBLIC F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .. G CABINET MÉDICAL H CABINET DE SOIN PRIVÉ .. I PHARMACIE J CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M VENDEUR DE MÉDICAMENTS N ITINÉRANTS O GUÉRISSEUR/ PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AUTRE X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL A HOPITAL REGIONAL B CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE C CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE D DISPENSARE/MATERNITE' E AUTRE SECTEUR PUBLIC F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .. G CABINET MÉDICAL H CABINET DE SOIN PRIVÉ .. I PHARMACIE J CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M VENDEUR DE MÉDICAMENTS N ITINÉRANTS O GUÉRISSEUR/ PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AUTRE X (PRÉCISEZ)
626	VÉRIFIEZ 625:	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCECLÉ ↓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCECLÉ ↓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
627	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 625.	PREMIER ENDROIT <input type="text"/>	PREMIER ENDROIT <input type="text"/>
628	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
629	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 645A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 645A) ← NE SAIT PAS 8
630	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
631	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 645A) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 645A) ←

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
632	VÉRIFIEZ 630: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ 	CODE 'A' NON ENCERCLÉ  (ALLEZ À 634) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ 	CODE 'A' NON ENCERCLÉ  (ALLEZ À 634) ←
633	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
634	VÉRIFIEZ 630: SP/FANSIDAR ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ 	CODE 'B' NON ENCERCLÉ  (ALLEZ À 636) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ 	CODE 'B' NON ENCERCLÉ  (ALLEZ À 636) ←
635	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
636	VÉRIFIEZ 630: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ 	CODE 'C' NON ENCERCLÉ  (ALLEZ À 638) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ 	CODE 'C' NON ENCERCLÉ  (ALLEZ À 638) ←
637	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
638	VÉRIFIEZ 630: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ 	CODE 'D' NON ENCERCLÉ  (ALLEZ À 640) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ 	CODE 'D' NON ENCERCLÉ  (ALLEZ À 640) ←
639	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
640	VÉRIFIEZ 630: QUININE ('E' OU 'F') DONNÉE	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 642) ←	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 642) ←
641	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
642	VÉRIFIEZ 630: ARTESUNATE ('G' OU 'H') DONNÉ	CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 644) ←	CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 644) ←
643	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artésunate ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
644	VÉRIFIEZ 630: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('I') DONNÉ	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 645A) ←	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 645A) ←
645	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
645A	VÉRIFIEZ 215: ENFANT NÉ EN JUILLET 2017 OU PLUS TARD	AVANT JUILLET 2017 <input type="checkbox"/> EN JUILLET 2017 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 645L) ←	AVANT JUILLET 2017 <input type="checkbox"/> EN JUILLET 2017 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 645L) ←
645B	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la saison des pluies de l'année dernière 2017: Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de l'année dernière 2017, ou dans les quelques mois qui ont suivi, des médicaments ont été donnés à (NOM) pour prévenir le paludisme ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 645E) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 645E) ←

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
645C	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris pour prévenir le paludisme au cours de la saison des pluies de l'année dernière 2017, ou dans les quelques mois qui ont suivi ?</p> <p>DEMANDER À VOIR LA BOÎTE, OU SI BOÎTE NON DISPONIBLE MONTRER PHOTOS DES MÉDICAMENTS?</p> <p>INSISTEZ : Aucun autre médicament ?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMO-AMODIAQUINE (PAQUET-COMBINÉ) A</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMO-AMODIAQUINE (COMBINÉ-EN SACHET) B</p> <p>SP/FANSIDAR (SEUL) C</p> <p>AMODIAQUINE (SEUL) D</p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. E</p> <p>CHLOROQUINE F</p> <p>QUININE G</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p>MÉDICAMENTS TRADITIONNELS</p> <p>ECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE .. I</p> <p>AUTRE MÉDIC. TRADIT. _____ W (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMO-AMODIAQUINE (PAQUET-COMBINÉ) A</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMO-AMODIAQUINE (COMBINÉ-EN SACHET) B</p> <p>SP/FANSIDAR (SEUL) C</p> <p>AMODIAQUINE (SEUL) D</p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. E</p> <p>CHLOROQUINE F</p> <p>QUININE G</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p>MÉDICAMENTS TRADITIONNELS</p> <p>ECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE .. I</p> <p>AUTRE MÉDIC. TRADIT. _____ W (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>
645D	VÉRIFIEZ 645C: SI SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ OU SACHET COMBINÉ) PAS DONNÉ	<p>CODE 'A' OU 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 645F) ←</p>	<p>CODE 'A' OU 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 645F) ←</p>
645E	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de l'année dernière 2017, ou dans les quelques mois qui ont suivi, ce médicament SP/Fansidar et amodiaquine combinés a été donné à (NOM) pour prévenir le paludisme ?</p> <p>MONTRER LA BOÎTE DU MÉDICAMENT SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE COMBINÉS ET LE SACHET COMBINÉ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 645L) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 645L) ←</p>
645F	Où avez-vous reçu la première dose de ce médicament pour prévenir le paludisme chez (NOM) ?	<p>ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ .. 1</p> <p>VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONEL SANTÉ/AGENT SANTÉ COMMUNAUTAIRE 2</p> <p>PLACE PUBLIQUE/ ENDROIT FIXE 3</p> <p>AUTRE ENDROIT 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ .. 1</p> <p>VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONEL SANTÉ/AGENT SANTÉ COMMUNAUTAIRE 2</p> <p>PLACE PUBLIQUE/ ENDROIT FIXE 3</p> <p>AUTRE ENDROIT 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
645G	Avez-vous une carte ou un carnet pour ces médicaments de l'année dernière 2017 où les mois pendant lesquels les doses ont été données à (NOM) pour prévenir le paludisme sont inscrits ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 64J) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 64J) ←
645H	Puis-je voir la carte ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 64J) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 64J) ←
645I	ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS QUE LE MÉDICAMENT A ÉTÉ DONNÉ	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>
645J	Combien de mois, le médicament a été donné à (NOM) pour prévenir le paludisme?	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>
645K	En tout, combien de comprimés de ces médicaments de l'année dernière 2017 ont été donnés à (NOM) pour prévenir le paludisme?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/>
645L	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la saison des pluies de cette année 2018: Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de cette année 2018, ou dans les quelques mois qui ont suivi, des médicaments ont été donnés à (NOM) pour prévenir le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 645O) ← NE SAIT PAS 8 ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 645O) ← NE SAIT PAS 8 ←
645M	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris pour prévenir le paludisme au cours de la saison des pluies de cette année 2018, ou dans les quelques mois qui ont suivi ? DEMANDER À VOIR LA BOÎTE, OU SI BOÎTE NON DISPONIBLE MONTRER PHOTOS DES MÉDICAMENTS? INSISTEZ : Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR ET AMO-AMODIAQUINE (PAQUET-COMBINÉ) A SP/FANSIDAR ET AMO-AMODIAQUINE (COMBINÉ-EN SACHET) B SP/FANSIDAR (SEUL) C AMODIAQUINE (SEUL) D COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. E CHLOROQUINE F QUININE G AUTRE ANTIPALUDIQUE H (PRÉCISEZ) MÉDICAMENTS TRADITIONNELS ECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE .. I AUTRE MÉDIC. TRADIT. W (PRÉCISEZ) AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR ET AMO-AMODIAQUINE (PAQUET-COMBINÉ) A SP/FANSIDAR ET AMO-AMODIAQUINE (COMBINÉ-EN SACHET) B SP/FANSIDAR (SEUL) C AMODIAQUINE (SEUL) D COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. E CHLOROQUINE F QUININE G AUTRE ANTIPALUDIQUE H (PRÉCISEZ) MÉDICAMENTS TRADITIONNELS ECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE .. I AUTRE MÉDIC. TRADIT. W (PRÉCISEZ) AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
645N	VÉRIFIEZ 645M: SI SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ OU SACHET COMBINÉ) PAS DONNÉ	CODE 'A' OU 'B' <input type="checkbox"/> CODE 'A' OU 'B' <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ ENCERCLÉ 	CODE 'A' OU 'B' <input type="checkbox"/> CODE 'A' OU 'B' <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ ENCERCLÉ
645O	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de cette année 2018, ou dans les quelques mois qui ont suivi, ce médicament SP/Fansidar et amodiaquine combinés a été donné à (NOM) pour prévenir le paludisme ? MONTRER LA BOÎTE DU MÉDICAMENT SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE COMBINÉS ET LE SACHET COMBINÉ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
646		RETOURNEZ À 604 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.	RETOURNEZ À 604 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
647	<p>VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>→</p> </div> </div>		649
648	<p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé KENEYADJI (SRO) que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
649	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2016-2018 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>→</p> </div> </div>		701

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 704		
702	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 712		
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 709		
704	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2			
705	ENREGISTREZ LE NOM ET No DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>			
706	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 709		
707	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98			
708	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>			
709	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2			
710	<p>VÉRIFIEZ 709:</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS ↓</p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS ↓</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> </td> </tr> </table>	<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS ↓</p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p>	<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS ↓</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>	<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>	→ 712
<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS ↓</p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p>	<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS ↓</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>				
711	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>			

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
724	VÉRIFIEZ 106: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/> </div>		→ 727
725	VÉRIFIEZ 701: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> PAS <input type="checkbox"/> EN UNION ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> </div>		→ 727
726	Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un ou une relation sexuelle suivie avec quelqu'un parce qu'il vous a donné ou vous a dit qu'il vous donnerait des cadeaux, de l'argent, ou autre chose ?	OUI 1 NON 2	
727	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES DANS LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
728	VÉRIFIEZ 716, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (PREMIÈRE COLONNE): <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> OUI, <input type="checkbox"/> CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ </div> <div> NON, <input type="checkbox"/> CONDOM N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>QUESTION <input type="checkbox"/> NON POSÉE</div> <div>→ 731</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>→ 731</div> </div>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ À												
730	<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 OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 11</p> <p>HOPITAL REGIONAL 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIF..... 14</p> <p>DISPENSARE/MATERNITE 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET MÉDICAL 22</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ 23</p> <p>PHARMACIE 24</p> <p>CASE DE SANTÉ/ASC/RELAIS 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>BAR/BOÎTE DE NUIT 32</p> <p>KIOSQUE/TABLIER 33</p> <p>VENDEUR AMBULANT 34</p> <p>AMIS/PARENTS 35</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>														
731	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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

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

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

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

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
815	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous :</p> <p>a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ?</p> <p>b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?</p> <p>c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ?</p> <p>d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ?</p> <p>e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur les affiches ou panneaux publicitaires ?</p> <p>f) Entendu parler de la planification familiale de la part des crieurs publics, griots ou leaders de l'église ?</p>	<p align="right">OUI NON</p> <p>a) RADIO 1 2</p> <p>b) TÉLÉVISION 1 2</p> <p>c) JOURNAL OU MAGAZINE 1 2</p> <p>d) TÉLÉPHONE PORTABLE 1 2</p> <p>e) AFFICHES OU PANNEAUX 1 2</p> <p>f) CRIEURS, GRIOTS OU RELIGIEUX ... 1 2</p>	
817	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME</p> <p>NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION</p>		→ 901
818	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT</p> <p>N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT</p> <p>PAS POSÉE <input type="checkbox"/></p>		→ 820 → 822
819	<p>Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?</p>	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1</p> <p>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE 3</p> <p>AUTRE 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	→ 821
820	<p>Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?</p>	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1</p> <p>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE 3</p> <p>AUTRE 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
821	<p>VÉRIFIEZ 304:</p> <p>NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ</p> <p>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

No	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:: fondamental 1 (1er cycle), fondamental 2 (2nd cycle), secondaire (lycée, technique, professionnel) ou supérieur ?	FONDAMENTAL 1er Cycle 1 FONDAMENTAL 2nd Cycle 2 SECONDAIRE (Lycée/Technique/Professionnel) .. 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 906										
905	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'. VOIR CODES CI-DESSOUS	[CLASSE/ANNÉE] <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98											
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 7 derniers jours ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 908										
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 909										
908	Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>											
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 913										
910	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 913										
911	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 913										
<p align="center">Codes pour Q.905</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEAU</th> <th>FONDAMENTAL 1er Cycle</th> <th>FONDAMENTAL 2nd Cycle</th> <th>SECONDAIRE Lycée, Enseignement Technique/Professionnel</th> <th>SUPÉRIEUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANNÉE/CLASSE</td> <td>MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année =5 6ème année =6</td> <td>MOINS D'1 AN. =0 7ème année =1 8ème année =2 9ème année =3</td> <td>MOINS D'1 AN.=0 1ère/10ème année=1 2ème/11ème année=2 3ème/12ème année=3 4ème année=4</td> <td>MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année+ =5</td> </tr> </tbody> </table>				NIVEAU	FONDAMENTAL 1er Cycle	FONDAMENTAL 2nd Cycle	SECONDAIRE Lycée, Enseignement Technique/Professionnel	SUPÉRIEUR	ANNÉE/CLASSE	MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année =5 6ème année =6	MOINS D'1 AN. =0 7ème année =1 8ème année =2 9ème année =3	MOINS D'1 AN.=0 1ère/10ème année=1 2ème/11ème année=2 3ème/12ème année=3 4ème année=4	MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année+ =5
NIVEAU	FONDAMENTAL 1er Cycle	FONDAMENTAL 2nd Cycle	SECONDAIRE Lycée, Enseignement Technique/Professionnel	SUPÉRIEUR									
ANNÉE/CLASSE	MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année =5 6ème année =6	MOINS D'1 AN. =0 7ème année =1 8ème année =2 9ème année =3	MOINS D'1 AN.=0 1ère/10ème année=1 2ème/11ème année=2 3ème/12ème année=3 4ème année=4	MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année+ =5									

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
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	
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: <div style="text-align: center;">ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME ↓</div>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 925
918	VÉRIFIEZ 916: <div style="text-align: center;">CODE '1' OU '2' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓</div>	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 921
919	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
920	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOS. 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)	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																								
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																									
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 928																								
926	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 928																								
927	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 931																								
929	Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 931																								
930	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table> <tr> <th></th><th>PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.</th><th>PAS. PAS.</th><th>PAS PRES.</th></tr> <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> </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> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> <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 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> </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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1001	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI 1 NON 2	→ 1042
1002	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1003	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1004	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1005	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1008	Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant :		
	a) Durant la grossesse ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
	b) Durant l'accouchement ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
	c) En allaitant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1009	VÉRIFIEZ 1008:		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ </div> <div> AUTRE <input type="checkbox"/> → 1011 </div> </div>		
1010	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1011	VÉRIFIEZ 208 ET 215:		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DERNIÈRE NAISSANCE EN 2016-2018 <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div> PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 1027 </div> </div>		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DERNIÈRE NAISSANCE EN 2015 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/> </div> <div> → 1027 </div> </div>		
1012	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE:		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> A EU DES SOINS PRÉNATAUX <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div> PAS DE SOINS PRÉNATAUX <input type="checkbox"/> → 1020 </div> </div>		
1013	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
1014	Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé :		
	a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
	b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ?	a) VIH DE LA MÈRE 1 b) CHOSES À FAIRE 1 c) TEST DU VIH 1	
	c) Effectuer un test du VIH ?	NON 2 NSP 8	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1015	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	
1016	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI 1 NON 2	→ 1020
1017	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CENTRE DE CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE ET CONSEIL 13 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 14 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE DE CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE ET CONSEIL 22 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 23 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
1018	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1020
1019	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1020	VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: UN CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> '21-36' ENCERCLÉ ↓		→ 1024
1021	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	
1022	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du VIH à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 1024
1023	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1025
1024	VÉRIFIEZ 1016: OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 1027

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1025	Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 1028
1026	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 1033
1027	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1031
1028	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
1029	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
1030	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CENTRE DE CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE ET CONSEIL 13 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 14 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE DE CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE ET CONSEIL 22 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 23 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 1033
1031	Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1033

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1032	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B</p> <p>CENTRE DE CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE ET CONSEIL C</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC E</p> <p align="center">_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>CENTRE DE CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE ET CONSEIL G</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL H</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ I</p> <p align="center">_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X</p> <p align="center">_____ (PRÉCISEZ)</p>	
1033	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1035
1034	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1035	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p>	
1036	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p>	
1037	Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p>	
1038	Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p>	
1039	Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p>	
1040	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH.	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p>	
1041	Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>DIT QU'ELLE A LE VIH 3</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p>	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1042	<p>VÉRIFIEZ 1001:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU VIH OU DU SIDA</p> <p>a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU VIH OU DU SIDA</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>	
1043	<p>VÉRIFIEZ 713:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> SEXUELS</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A JAMAIS EU DE <input type="checkbox"/> RAPPORTS SEXUELS</p> </div> </div>		→ 1051
1044	<p>VÉRIFIEZ 1042: A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> </div>		→ 1046
1045	<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>	
1046	<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>	
1047	<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>	
1048	<p>VÉRIFIEZ 1045, 1046, ET 1047:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> INFECTION (UN 'OUI')</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS EU <input type="checkbox"/> D'INFECTION OU NE SAIT PAS</p> </div> </div>		→ 1051
1049	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 1045/1046/1047), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1051

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1050	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL A</p> <p>HOPITAL REGIONAL B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCI..... C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIF..... D</p> <p>DISPENSARE/MATERNITE E</p> <p>CENTRE DE CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE ET CONSEIL..... F</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL.. G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CENTRE DE CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE ET CONSEIL J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL L</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1051	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1052	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1053	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>VIT AVEC UN HOMME ↓</p>		→ 1101
1054	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛRE..... 8</p>	
1055	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛRE..... 8</p>	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1101	<p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI: Combien d'injections avez-vous eues? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1104															
1102	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre personnel de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE DE CES INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1104															
1103	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée du personnel de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																
1104	Fumez-vous actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	<p>CHAQUE JOUR 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	→ 1106															
1105	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>																
1106	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	<p>CHAQUE JOUR 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	→ 1108															
1107	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<p>KRETEKS A</p> <p>PIPES BOURRÉES DE TABAC B</p> <p>CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILLO! C</p> <p>PIPE À EAU D</p> <p>TABAC À CHIQUER E</p> <p>SNUFF À PRISER F</p> <p>TABAC À MÂCHER G</p> <p>CHIQUE DE BETEL AVEC TABAC H</p> <p>AUTRE X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>																
1108	<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 non ou n'est pas un problème important:</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="1"> <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'ARGEN'</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'ARGEN'	1	2	c) DISTANCE	1	2	d) ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION	1	2																
b) OBTENIR L'ARGEN'	1	2																
c) DISTANCE	1	2																
d) ALLER SEULE	1	2																

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1109	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 1111
1110	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ CONNUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE X (PRÉCISEZ)	
1111	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1112	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	→ 1116
1113	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	
1114	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1115	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1116	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1117	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	→ 1200
1118	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	
1119	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI 1 NON 2	
1120	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 12. EXCISION

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1200	VÉRIFIEZ PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME? MÉNAGE N'EST PAS SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> POUR ENQUÊTE HOMME MÉNAGE EST SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> POUR ENQUÊTE HOMME		→ 1301
1201	Je voudrais maintenant vous parler d'une pratique que l'on appelle l'excision. Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 1203
1202	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	→ 1301
1203	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI 1 NON 2	→ 1209
1204	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1206
1205	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1206	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1207	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
1208	Qui a procédé à votre excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	
1209	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE NÉE EN 2003 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> N'A AUCUNE FILLE VIVANTE NÉE EN 2003 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>		→ 1216

SECTION 12. EXCISION

1209A	<p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2003 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES. COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 3 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1210	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2003 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>
1211	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>(ALLEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>(ALLEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>(ALLEZ À 1211 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)</p>
1212	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
1213	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>
1214	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNEL .. 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL .. 12 AUTRE TRAD. 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME .. 22 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNEL .. 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL .. 12 AUTRE TRAD. 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME .. 22 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNEL .. 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL .. 12 AUTRE TRAD. 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME .. 22 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
1215		<p>RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.</p>	<p>RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.</p>	<p>RETOURNEZ À 1211 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.</p>

SECTION 12. EXCISION

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1216	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI 1 NON 2 PAS DE RELIGION 3 NE SAIT PAS 8	
1217	Pensez-vous que la pratique de l'excision doit continuer ou qu'elle doit être abandonnée ?	CONTINUER 1 ABANDONNER 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8	

SECTION 13. FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1301	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. Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI 1 NON 2	→ 1303
1302	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	OUI 1 NON 2	→ 1401
1303	Est-ce que ce problème a commencé après un accouchement ou une fausse-couche ?	APRÈS UN ACCOUCHEMENT 1 APRÈS UNE FAUSSE-COUCHE 2 NI L'UN NI L'AUTRE 3	→ 1305
1304	Est-ce que ce problème a commencé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL 1 ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE 2	→ 1306
1305	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?	AGRESSION SEXUELLE 1 OPÉRATION DU PELVIS 2 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8	→ 1307
1306	Combien de jours après (CAUSE DU PROBLÈME DE 1303 OU 1305) les pertes ont-elles commencé ? INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS.	NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCH/AUTRE ÉVÈNEM. <input type="text"/> <input type="text"/>	
1307	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	OUI 1 NON 2	→ 1309
1308	Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ? INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER A NE SAVAIT PAS OÙ ALLER B TROP CHER C TROP ÉLOIGNÉ D MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS E N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION F GÊNÉE G PROBLÈME A DISPARU H AUTRE X (PRÉCISEZ)	→ 1401

SECTION 13. FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1309	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)	
1310	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	
1311	Est-ce que le traitement a stoppé complètement les pertes ? SI NON : Est-ce que le traitement a réduit les pertes ?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT 1 PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES 2 PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT 3 N'A PAS REÇU DE TRAITEMENT 4	

SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1401	<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> <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"/>																																												
1402	<p>VÉRIFIEZ 1401:</p> <p> AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ </p> <p> AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ </p>		1404																																												
1403	<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"/> </p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1404	<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"/> </p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1405	<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"/> </p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1406	<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"/> </p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1407	<p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1401.</p>	<p>TOTAL DE FRÈRES ET SOEURS . . <input type="text"/><input type="text"/></p>																																													

SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1408	<p>VÉRIFIEZ 1407:</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 1401 ET/OU 1407.</p>		
1409	<p>VÉRIFIEZ 1407:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ OU SOEUR LISTÉ</p>		1500
1410	<p>Dites-mois, 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 1401 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>		
1411	<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 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1412	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1401. POSEZ 1413 JUSQU'À 1424 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.						
1413	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1414	(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
1415	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (07)
1416	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (07)
1417	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1418	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423
1419	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLEZ À 1423 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 NON 2
1420	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI 1 ALLEZ À (02) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (05) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) NON 2
1421	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423
1422	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"/>
1423	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI 1 ALLEZ À (02) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (05) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) NON 2
1424	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (07)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À LA SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE							

SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1412	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1401. POSEZ 1413 JUSQU'À 1424 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.						
1413	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1414	(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
1415	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (08) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (09) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (10) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (11) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (12) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (13) ←
1416	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (08)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (09)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (10)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (11)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (12)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (13)
1417	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1418	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423
1419	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2
1420	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI 1 ALLEZ À (08) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (09) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (10) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (11) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (12) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (13) ← NON 2
1421	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←
1422	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"/>
1423	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI 1 ALLEZ À (08) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (09) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (10) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (11) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (12) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (13) ← NON 2
1424	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (08)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (09)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (10)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (11)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (12)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (13)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À LA SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE							

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																														
1500A	<p>VÉRIFIEZ PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME?</p> <p>MÉNAGE EST SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> MÉNAGE N'EST PAS SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> → 1533 POUR ENQUÊTE HOMME POUR ENQUÊTE HOMME</p>																																
1500	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE</p> <p>FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> → 1533 POUR CETTE SECTION NON SÉLECTIONNÉE</p>																																
1501	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p>VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2 → 1532</p>																																
1501A	<p>LISEZ À L'ENQUÊTÉE :</p> <p>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 Mali. 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.</p>																																
1502	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p>ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/> JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> → 1516</p>																																
1503	<p>Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ?</p> <table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td align="right">OUI</td><td align="right">NON</td><td align="right">NSP</td></tr> <tr> <td>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?</td><td>JALOUX</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td><td align="center">8</td></tr> <tr> <td>b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?</td><td>ACCUSE</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td><td align="center">8</td></tr> <tr> <td>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?</td><td>VOIR AMIES</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td><td align="center">8</td></tr> <tr> <td>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</td><td>VOIR FAMILLE</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td><td align="center">8</td></tr> <tr> <td>e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</td><td>OÙ VOUS ÊTES</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td><td align="center">8</td></tr> </table>			OUI	NON	NSP	a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?	JALOUX	1	2	8	b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?	ACCUSE	1	2	8	c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?	VOIR AMIES	1	2	8	d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	VOIR FAMILLE	1	2	8	e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8		
		OUI	NON	NSP																													
a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?	JALOUX	1	2	8																													
b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?	ACCUSE	1	2	8																													
c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?	VOIR AMIES	1	2	8																													
d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	VOIR FAMILLE	1	2	8																													
e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																													
1504	<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>SOUVENT</th><th>TEMPS EN PAS DANS 12 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 align="center">1</td><td align="center">2 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 align="center">1</td><td align="center">2 3</td></tr> <tr> <td>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td align="center">1</td><td align="center">2 3</td></tr> </tbody> </table> <p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN PAS DANS 12 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																
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN PAS DANS 12 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																														

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																												
1505	A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?																																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>SOUVENT</th><th>TEMPS EN PAS DANS 12 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>→ 1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2 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>→ 1</td><td>2 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>→ 1</td><td>2 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>→ 1</td><td>2 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>→ 1</td><td>2 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>→ 1</td><td>2 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>→ 1</td><td>2 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>→ 1</td><td>2 3</td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN PAS DANS 12 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	SOUVENT	TEMPS EN PAS DANS 12 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																																												
1506	<p>VÉRIFIEZ 1505A (a-j):</p> <p align="center"> AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' → </p>		1509																																												
1507	<p>Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE 95</p>																																													
1508	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir :	<p>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</p> <p>OUI 1 NON 2</p> <p>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?</p> <p>OUI 1 NON 2</p> <p>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</p> <p>OUI 1 NON 2</p>																																													

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
1509	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	→ 1511																				
1510	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																					
1511	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1513																				
1512	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																					
1513	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS 1 PARFOIS PEUR 2 JAMAIS PEUR 3																					
1514	<p>VÉRIFIEZ 709:</p> <p align="center"> MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> MARIÉE SEULEMENT <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS UNE FOIS </p>		→ 1516																				
1515	<p>A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) .</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>IL Y A 0-11 MOIS</th><th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th><th>NE SE SOUVIENT PAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	<p>B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ?</p>	
	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS																			
a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
1516	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <table border="0"> <tr> <td> A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> </td> <td> JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <p>a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?</p> <p>b) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p>	A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1519																		
A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>																						

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1517	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE A</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B</p> <p>SOEUR/FRÈRE C</p> <p>FILLE/FILS D</p> <p>AUTRE PARENT E</p> <p>PETIT AMI ACTUEL F</p> <p>PETIT AMI PRÉCÉDEN G</p> <p>BELLE-MÈRE H</p> <p>BEAU-PÈRE I</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT J</p> <p>ENSEIGNANT K</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L</p> <p>POLICE/SOLDAT M</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>	
1518	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	<p>SOUVENT 1</p> <p>DE TEMPS EN TEMPS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
1519	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> (OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓</p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 1522</p>		
1520	Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1522
1521	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL A</p> <p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE B</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C</p> <p>SOEUR/FRÈRE D</p> <p>FILLE/FILS E</p> <p>AUTRE PARENT F</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE G</p> <p>PETIT AMI ACTUEL H</p> <p>ANCIEN PETIT AMI I</p> <p>BELLE-MÈRE J</p> <p>BEAU-PÈRE K</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT L</p> <p>ENSEIGNANT M</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL N</p> <p>POLICE/SOLDAT O</p> <p>AUTRE X (SPECIFY)</p>	
1522	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> → 1522B</p>		
1522A	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire). À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	<p>→ 1523</p> <p>→ 1524A</p>

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1522B	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	→ 1526
1523	Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé?	MARI/PARTENAIRE ACTUEL 01 ANCIEN MARI/PARTENAIRE 02 PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN 03 PÈRE/BEAU-PÈRE 04 FRÈRE/BEAU-FRÈRE 05 AUTRE PARENT 06 BEAU-PARENT 07 AMI/RENCONTRE 08 AMI DE LA FAMILLE 09 ENSEIGNANT 10 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL 11 POLICE/SOLDAT 12 PRÊTRE/RELIGIEUX 13 INCONNU 14 AUTRE 96 (SPECIFY)	
1524	VÉRIFIEZ 701 ET 702: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </div> </div>	OUI 1 NON 2	→ 1525
1524A	VÉRIFIEZ 1505A (h-j), 1515A(b), 1522A ET 1522B: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →</p> </div> </div>		→ 1526
1525	VÉRIFIEZ 701 AND 702: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/un de vos) mari/partenaire, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>b) Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> </div>	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
1526	VÉRIFIEZ 1505A (a-j), 1515A (a,b), 1516, 1520, 1522A ET 1522B: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓</div> <div>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →</div> </div>		1530																				
1527	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	1529																				
1528	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)	1530																				
1529	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON 2																					
1530	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 CONFIDEN-TIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.																							
1531	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</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 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																				
1532	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. <hr/> <hr/> <hr/>																						
1533	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <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></table> MINUTI <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></table>																					

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

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.

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

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

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

N NAISSANCES
G GROSSESSES
F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE

1 STÉRILISATION FÉMININE
2 STÉRILISATION MASCULINE
3 DIU
4 INJECTABLES
5 IMPLANTS
6 PILULE
7 CONDOM
8 CONDOM FÉMININ
9 PILULE DU LENDEMAIN
J MÉTHODE DES JOURS FIXES
K MÉTHODE DE L'AMÉNORRHÉE ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
L MÉTHODE DU RYTHME

M RETRAIT
X AUTRE MÉTHODE MODERNE
Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT
1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT
2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE
3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE
4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE
5 PRÉOCCUPATIONS D'EFFETS SECONDAIRES /DE SANTÉ
6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ
7 COÛTE TROP CHER
8 PAS PRATIQUE À UTILISER
F FATALISTE
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION
X AUTRE

(PRÉCISEZ) _____

Z NE SAIT PAS

			COL. 1	COL. 2		
	12	DEC	01			
	11	NOV	02			
	10	OCT	03			
2	09	SEP	04			2
0	08	AOUT	05			0
1	07	JUL	06			1
8	06	JUIN	07			8
	05	MAI	08			
	04	AVRIL	09			
	03	MARS	10			
	02	FEVRIER	11			
	01	JAN	12			
	12	DEC	13			
	11	NOV	14			
	10	OCT	15			
2	09	SEP	16			2
0	08	AOUT	17			0
1	07	JUL	18			1
7	06	JUIN	19			7
	05	MAI	20			
	04	AVRIL	21			
	03	MARS	22			
	02	FEVRIER	23			
	01	JAN	24			
	12	DEC	25			
	11	NOV	26			
	10	OCT	27			
2	09	SEP	28			2
0	08	AOUT	29			0
1	07	JUL	30			1
6	06	JUIN	31			6
	05	MAI	32			
	04	AVRIL	33			
	03	MARS	34			
	02	FEVRIER	35			
	01	JAN	36			
	12	DEC	37			
	11	NOV	38			
	10	OCT	39			
2	09	SEP	40			2
0	08	AOUT	41			0
1	07	JUL	42			1
5	06	JUIN	43			5
	05	MAI	44			
	04	AVRIL	45			
	03	MARS	46			
	02	FEVRIER	47			
	01	JAN	48			
	12	DEC	49			
	11	NOV	50			
	10	OCT	51			
2	09	SEP	52			2
0	08	AOUT	53			0
1	07	JUL	54			1
4	06	JUIN	55			4
	05	MAI	56			
	04	AVRIL	57			
	03	MARS	58			
	02	FEVRIER	59			
	01	JAN	60			
	12	DEC	61			
	11	NOV	62			
	10	OCT	63			
2	09	SEP	64			2
0	08	AOUT	65			0
1	07	JUL	66			1
3	06	JUIN	67			3
	05	MAI	68			
	04	AVRIL	69			
	03	MARS	70			
	02	FEVRIER	71			
	01	JAN	72			

