

ENQUÊTE NATIONALE SUR LA FÉCONDITÉ ET LA MORTALITÉ DES ENFANTS -ENAFEM 2021
QUESTIONNAIRE FEMME

RÉPUBLIQUE DU NIGER
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION																	
NOM DE LA REGION _____																	
NOM DU DEPARTEMENT _____																	
NOM DE LA COMMUNE _____																	
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> </table>									
NUMÉRO DE MÉNAGE								<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																	
VISITES D'ENQUÊTRICES																	
	1	2	3	VISITE FINALE													
DATE	_____	_____	_____	JOUR	<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> </table>												
				MOIS	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
				ANNÉE	2	0	2	1									
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	No ENQUÊT	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT*	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES													
HEURE	_____	_____															
<p>*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ</p> <p> 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____</p> <p> 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ PRÉCISEZ _____</p>																	
<p>LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table></p> <p>LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES :</p> <p> 01 FRANÇAIS 04 TAMASHEQ 07 ARABE</p> <p> 02 HAOUSSA 05 FULFULDÉ 08 GOURMANTCHÉMA</p> <p> 03 ZERMA 06 KANOURI/TOUBOU 09 AUTRES</p>										0	1						
0	1																
<p align="center">CHEF D'ÉQUIPE</p> <p>_____</p> <p align="center">NOM</p>					<p align="center">SUPERVISEUR</p> <p>_____</p> <p align="center">NOM</p>												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p align="center">NUMÉRO</p>							<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p align="center">NUMÉRO</p>										

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

(1)

Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Nous effectuons une enquête nationale sur la fécondité et la santé au Niger. 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 d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

Avez-vous des questions à me poser ?

Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTÉE _____ 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 dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	VILLE (CHEF-LIEUX RÉGION) 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle/quelle [RÉGION/AUTRE PAYS-ÉTAT] est-ce que vous viviez ?	AGADEZ 01 DIFFA 02 DOSSO 03 MARADI 04 TAHOUA 05 TILLABERI 06 ZINDER 07 NIAMEY 08 EN DEHORS DU NIGER 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 : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	VÉRIFIEZ 108: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDNAIRE ↓ </div> <div> SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 113
111 (3)	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: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ↓ ENCERCLÉ </div> <div> CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ </div> </div>		→ 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	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 votre religion ?	MUSULMANE 1 CHRÉTIENE 2 ANIMISTE 3 SANS RELIGION 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
123	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	→ 201
124	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	

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

212	213	214	215	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 naissances, y avait-il des jumeaux ?</p>	<p>En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>217 SI EN VIE:</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUÉE.</p>	<p>218 SI EN VIE:</p> <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>219 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>220 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 ? 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-CE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
05	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT. 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>↓</p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT. NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS. SUIV.)</p>
06	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT. 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>↓</p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT. NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS. SUIV.)</p>
07	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT. 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>↓</p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT. NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS. SUIV.)</p>
08	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT. 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>↓</p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT. NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS. SUIV.)</p>

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ? PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE-CE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
INSCRIVEZ LE NOM. NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES					INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUÉE.				
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUTER . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUTER . 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 (1)	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES AYANT EU LIEU ENTRE 2016-2021	NOMBRE DE NAISSANCE: <input type="text"/> AUCUNE 0	→ 226
225 (1)	C POUR CHAQUE NAISSANCE AYANT EU LIEU ENTRE 2016-2021, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ.)		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES <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 (1)	<p>VÉRIFIEZ 231:</p> <p>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE ENTRE 2016-2021 <input type="checkbox"/></p> <p>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2015 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 2016, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?
01		<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 NON 2 → LIG SUIV. → 236
02	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 NON 2 → LIG SUIV. → 236
03	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 NON 2 → LIG SUIV. → 236
04	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 NON 2 → 236
236	<p>C POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE ENTRE 2016-2021 OU PLUS TARD, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA NAISSANCE 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 COMMENCANT À LA SECONDE LIGNE.</p>		
237	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2016 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 239
238	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2016 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
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 RÈGLES COMMENCENT 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÈGLES 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p 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 d'une (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/sage-femme 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/sage-femme 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	Méthode des jours fixes. INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
11	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.	OUI 1 NON 2
12	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.	OUI 1 NON 2
13	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI, MÉTHODE MODERNE 1 (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE 2 (PRÉCISEZ) NON 3

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>LO-FEMENAL 01</p> <p>STEDIRIL 02</p> <p>OVRETTE 03</p> <p>MINIDRIL 04</p> <p>ADEPAL 05</p> <p>MICROGYNON 06</p> <p>SUTURA 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>FOULA 01</p> <p>SULTANT 02</p> <p>MANEX 03</p> <p>CONDOM FÉMININ 04</p> <p>VISA 05</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/REFERENCE 11</p> <p>MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI 12</p> <p>CHR/CSME/CHA 13</p> <p>HOPITAL DE DISTRICT 14</p> <p>CLINIQUE PLANIFI FAMIL /CNSR 15</p> <p>CLINIQUE MOBILE16</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 17</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 22</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 23</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 align="center">RETOURNEZ À 308 OU 309, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p>														

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI) (6)

311 (7)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>VÉRIFIEZ 308 ET 309:</p> <p align="center">ANNÉE EST 2016-2021 </p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION .</p> <p align="center">ENSUITE CONTINUEZ </p> </div> <div style="width: 48%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>ANNÉE EST 2015 OU PLUS TÔT </p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2016 .</p> <p align="right">ENSUITE (ALLEZ À 324)</p> </div> </div>																				
312 (7)	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>C UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2016. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>																				
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;"></th><th style="width:20%; text-align: center;">COLONNE 1</th><th style="width:20%; text-align: center;">COLONNE 2</th><th style="width:20%; text-align: center;">COLONNE 3</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">312A</td><td style="padding: 5px;"> MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION. <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">ANNÉE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">ANNÉE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">ANNÉE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">312B</td><td style="padding: 5px;"> Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> </div> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">312C</td><td style="padding: 5px;"> Quelle était cette méthode ? CODE MÉTHODE .. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> CODE MÉTHODE .. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> CODE MÉTHODE .. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">312D</td><td style="padding: 5px;"> Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? INSCRIVEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> </div> </td></tr> </tbody> </table>		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3	312A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION. <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">ANNÉE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">ANNÉE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">ANNÉE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div>	312B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> </div>	312C	Quelle était cette méthode ? CODE MÉTHODE .. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>	CODE MÉTHODE .. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>	CODE MÉTHODE .. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>	312D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? INSCRIVEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> </div>
	COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3																		
312A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION. <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">ANNÉE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">ANNÉE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 10px;">ANNÉE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div>																		
312B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </div> </div>																		
312C	Quelle était cette méthode ? CODE MÉTHODE .. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>	CODE MÉTHODE .. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>	CODE MÉTHODE .. <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>																		
312D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? INSCRIVEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> <div style="width: 45%;"> IMMÉDIATEMENT 00 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MOIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> <div style="width: 45%;">DATE DONNÉE 95</div> </div>																		

		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) ? INSCRIVEZ '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 en utilisant (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE à 308 OU 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/REFERENCE 11 MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI 12 CHR/CSME 13 HÔPITAL DE DISTRICT 14 CLINIQUE PLANIFI FAMIL /CNRS 15 CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ 16 CASE DE SANTÉ 17 CLINIQUE MOBILE 18 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 19 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 20 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CENTRE ANBEF 24 KIOSQUE ROUTIER 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 INSTITUTION RELIGIEUSE 32 AMIS/PARENTS 33 PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT 34 RELAIS COMMUNAUTAIRE 35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
317	<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>	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
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: flex-start;"> <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>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 (5)	<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 (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL/REFERENCE 11</p> <p>MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI 12</p> <p>CHR/CSME/CHA 13</p> <p>HOPITAL DE DISTRICT 14</p> <p>CLINIQUE PLANIFI FAMILIALE /CNSR 15</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ 16</p> <p>CASE DE SANTÉ 17</p> <p>CLINIQUE MOBILE 18</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 19</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 20</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CENTRE ANBEF 24</p> <p>KIOSQUE ROUTIER 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 28</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 32</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT 34</p> <p>RELAJ COMMUNAUTAIRE 35</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>327</p> <p>→</p>
326	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 329
328	Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT</p> <p>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>	→ 401
330	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: left;"> UNE NAISSANCE OU PLUS ENTRE 2016-2021 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: right;"> AUCUNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE ENTRE 2016-2021 </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">→ 648</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 ENTRE 2016-2021. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
403	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 408) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ←
406	VÉRIFIEZ 208: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ? </div> <div style="width: 45%;"> PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? </div> </div>	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À TO 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
408	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 414) ←	
409	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME... B SAGE-FEMME AUXILIAIRE... C AUTRE PERSONNEL MATRONNE D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE E AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE F AUTRE X (PRÉCISEZ)	

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/ REFERENCE... .. C</p> <p>MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI D</p> <p>CHR/CSME E</p> <p>HOPITAL DE DISTRICT .. F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ... .. G</p> <p>CASE DE SANTÉ H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ I (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ .. J</p> <p>CLINIQUE/ CENTRE ... K</p> <p>ANBEF L</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X (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>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) Vous a-t-on pris la tension ?	1	2	b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	1	2	c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	1	2	
	OUI	NON													
a) Vous a-t-on pris la tension ?	1	2													
b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	1	2													
c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	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>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←	
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8	
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
419	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	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 de fer ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
422	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
423A	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour prévenir le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 423) ← NE SAIT PAS 8	
423B	Quels médicaments avez-vous pris pour prévenir le paludisme ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI NOMS MÉDICAMENTS PAS CONNUS, MONTRER LES BOÎTES ÉCHANTILLONS OU PHOTOS DES MÉDICAMENTS.	SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AUTRE X (PRÉCISEZ) MÉDICAMENTS TRADITIONNELS Y NE SAIT PAS Z	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
423C	VÉRIFIEZ 423B:	<div> <div>CODE 'A' N'EST PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></div> <div> <div>CODES 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></div> <div>(ALLEZ À 424) ←</div> </div> </div>	
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"/>	
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	
425A	VÉRIFIEZ 408:	<div> <div>A REÇU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/></div> <div> <div>N'A PAS REÇU DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/></div> <div>(ALLEZ À 426) ←</div> </div> </div>	
425B	Avez-vous une carte ou un carnet de santé/ou de visites prénatales au moment où vous étiez enceinte de (NOM POUR LA GROSSESSE À 408) ? DEMANDER À VOIR LA CARTE OU LE CARNET	OUI, VU 1 OUI, PAS VU 2 (ALLEZ À 426) ← PAS DE CARTE OU CARNET .. 3	
425C	VÉRIFIEZ SUR LA CARTE OU LE CARNET ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE DOSES DE SP/FANSIDAR:	NOMBRE DE DOSES ... <input type="text"/> AUCUNE DOSE 0	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
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>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 449) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ REFERENCE... .. 21</p> <p>MATERNITÉ</p> <p>ISSAKA GAZOBI 22</p> <p>CHR/CSME/CHA 23</p> <p>HOPITAL DE DISTRICT .. 24</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>INTÉGRÉ 25</p> <p>CASE DE SANTÉ 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 27</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ .. 31</p> <p>CLINIQUE/ CENTRE</p> <p>ANBEF 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 33</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 449) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À TO 459) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ REFERENCE... .. 21</p> <p>MATERNITÉ</p> <p>ISSAKA GAZOBI 22</p> <p>CHR/CSME/CHA 23</p> <p>HOPITAL DE DISTRICT .. 24</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>INTÉGRÉ 25</p> <p>CASE DE SANTÉ 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 27</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ .. 31</p> <p>CLINIQUE/ CENTRE</p> <p>ANBEF 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 33</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 459) ←</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; SI UNE SEMAINE OU PLUS, INSCRIVEZ EN SEMAINES.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
432	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434) ←</p>
433	<p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs (travail) ?</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>
434	<p>Est-ce que (NOM) a été posé immédiatement après la naissance sur votre poitrine, au contact de votre peau ?</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>

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; SI UNE SEMAINE OU PLUS, INSCRIVEZ EN SEMAINES.	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																			
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 SAGE-FEMME AUXILIAIRE... 13 AUTRE PERSONNEL MATRONNE 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 23 AUTRE 96 (PRÉCISEZ																			
438	Je voudrais maintenant vous parler d'exams 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; SI UNE SEMAINE OU PLUS, INSCRIVEZ EN SEMAINES.	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																			

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
440	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMMI.. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE.. 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL MATRONNE 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 23</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ</p>																			
441	<p>Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 445) ←</p>																			
442	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS; SI UNE SEMAINE OU PLUS, INSCRIVEZ EN SEMAINES.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>																			
443	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMMI.. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE.. 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL MATRONNE 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 23</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ</p>																			

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/ REFERENCE. 21</p> <p>MATERNITÉ</p> <p>ISSAKA GAZOBI 22</p> <p>CHR/CSME/CHA 23</p> <p>HOPITAL DE DISTRICT. . . . 24</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ 25</p> <p>CASE DE SANTÉ 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 27</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ .. 31</p> <p>CLINIQUE/ CENTRE ANBEF 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 33</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; SI UNE SEMAINE OU PLUS, INSCRIVEZ EN SEMAINES.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
447	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMMI.. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE.. 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL MATRONNE 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 23</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	
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>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON..... 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL/ REFERENCE... .. 21 MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI 22</p> <p>CHR/CSME/CHA .. 23 HOPITAL DE DISTRICT .. 24 CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ... .. 25 CASE DE SANTÉ .. 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 27 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ .. 31 LABORATOIRE PRIVÉ . 32 CLINIQUE/ CENTRE ANBEF . . . 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 34 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
449	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) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 453) ←																			
450	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; SI UNE SEMAINE OU PLUS, INSCRIVEZ EN SEMAINES.	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																			
451	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-FEMMI.. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE.. 13 AUTRE PERSONNEL MATRONNE 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 23 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)																			

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 align="center">(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/ REFERENCE. 21</p> <p>MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI 22</p> <p>CHR/CSME/CHA .. 23</p> <p>HAPITAL DE DISTRICT .. 24</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ .. . 25</p> <p>CASE DE SANTÉ .. . 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 27</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ .. 31</p> <p>CLINIQUE/ CENTRE ANBEF .. . 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 33</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(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 align="center">(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; SI UNE SEMAINE OU PLUS, INSCRIVEZ EN SEMAINES.</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>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td></tr> </table>						

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMMI.. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE.. 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL MATRONNE 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 22 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 23</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	
456	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON..... 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL/ REFERENCE. 21 MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI 22 CHR/CSME/CHA .. 23 HOPITAL DE DISTRICT.. .. 24 CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ 25 CASE DE SANTÉ 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 27 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ .. 31 LABORATOIRE PRIVÉ 32 CLINIQUE/ CENTRE ANBEF 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 34 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 align="center">OUI NON NSP</p> <p>a) CORDON 1 2 8</p> <p>b) TEMPERATURE 1 2 8</p> <p>c) SIGNES 1 2 8</p> <p>d) COUNSEIL ALLAIT- TEMENT .. 1 2 8</p> <p>e) OBSERVÉ ALLAIT- TEMENT .. 1 2 8</p>	
458	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	<p>OUI 1 (ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2 (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 (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"/> (ALLEZ À 463) ←</p>	
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 464) ←</p>	
463	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	<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>
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	<p>OUI 1 (ALLEZ À 466) ←</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____								
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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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></table>									
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 (ALLEZ À 471) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 471) ←								
470A	(NOM) a-t-il bu quelque chose par un autre canal 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	<p>VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE ENTRE 2018-2021?</p> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> ENTRE 2018-2021 ↓</p> <p>AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> ENTRE 2018-2021</p>		→ 601
502A	<p>INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ ENTRE 2018-2021.</p> <p>NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
503A	<p>VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT:</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p>		→ 501B
504A	<p>Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?</p>	<p>OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1</p> <p>OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2</p> <p>OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT" .. 3</p> <p>NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4</p>	<p>→ 507A</p> <p>→ 507A</p>
505A	<p>Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
506A	<p>VÉRIFIEZ 504A:</p> <p>CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p>		→ 511A
507A	<p>Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?</p>	<p>OUI, SEULEMENT CARNET VU 1</p> <p>OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2</p> <p>OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3</p> <p>NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4</p>	→ 511A

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																								
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>																																																																																									
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>HÉPATITE B À LA NAISSANCE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INJECTABLE (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>PNEUMOCOQUE 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 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>Rougeole (VAR 1)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rougeole (VAR 2)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fièvre jaune (VAA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Méningite (MEN A)</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				HÉPATITE B À LA NAISSANCE				VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)				VACCIN POLIO ORAL 1				VACCIN POLIO ORAL 2				VACCIN POLIO ORAL 3				VACCIN POLIO INJECTABLE (VPI)				DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1				DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2				DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3				PNEUMOCOQUE 1				PNEUMOCOQUE 2				PNEUMOCOQUE 3				ROTAVIRUS 1				ROTAVIRUS 2				ROTAVIRUS 3				Rougeole (VAR 1)				Rougeole (VAR 2)				Fièvre jaune (VAA)				Méningite (MEN A)				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)					
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																								
BCG																																																																																											
HÉPATITE B À LA NAISSANCE																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 1																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 2																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 3																																																																																											
VACCIN POLIO INJECTABLE (VPI)																																																																																											
DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																											
DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																											
DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																											
PNEUMOCOQUE 1																																																																																											
PNEUMOCOQUE 2																																																																																											
PNEUMOCOQUE 3																																																																																											
ROTAVIRUS 1																																																																																											
ROTAVIRUS 2																																																																																											
ROTAVIRUS 3																																																																																											
Rougeole (VAR 1)																																																																																											
Rougeole (VAR 2)																																																																																											
Fièvre jaune (VAA)																																																																																											
Méningite (MEN A)																																																																																											
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																											
509A	<p>VÉRIFIEZ 508A: 'BCG' À 'VAR 2' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>OUI <input type="checkbox"/> → 525A</p>																																																																																										
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>INSCRIRE 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATION 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) ←</p> <p>(PUIS ALLEZ À 524A) ←</p> <p>NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 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 eu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination ou de journées de la vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525A
512A	Est-ce que (MOM) 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	
513A	Est-ce que dans les 24 heures après la naissance, (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	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	→ 517A
515A	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral de 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 de la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, parfois en même temps que les gouttes du vaccin de la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519A
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin du 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 contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521A
520A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523A
522A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin 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	→ 525A
524A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
525A	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : a) Un mélange en poudre de micronutriments ? b) Des compléments thérapeutiques prêts à l'emploi comme PLUMPY'NUTS® ? c) Des compléments alimentaires prêts à l'emploi comme PLUMPY'DOZ® ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">OUI NON NSP</div> a) MICRONUTRIMENTS 1 2 8 b) PLUMPY NUTS® 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 ENTRE 2018-2021? D'AUTRES NAISSANCES <input type="checkbox"/> PLUS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> ENTRE 2018-2021 ENTRE 2018-2021		→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2018-2021. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>		
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>		→ 526B
504B	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 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 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 ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511B

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><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HÉPATITE B À LA NAISSANCE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VAR 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VAR 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HÉPATITE B À LA NAISSANCE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VACCIN POLIO ORAL 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VACCIN POLIO ORAL 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VACCIN POLIO ORAL 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PNEUMOCOQUE 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PNEUMOCOQUE 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PNEUMOCOQUE 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ROTAVIRUS 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ROTAVIRUS 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ROTAVIRUS 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAR 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAR 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																												
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
HÉPATITE B À LA NAISSANCE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
VACCIN POLIO ORAL 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
VACCIN POLIO ORAL 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
VACCIN POLIO ORAL 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
DTCOq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
PNEUMOCOQUE 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
PNEUMOCOQUE 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
PNEUMOCOQUE 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
ROTAVIRUS 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
ROTAVIRUS 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
ROTAVIRUS 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
VAR 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
VAR 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
509B	<p>VÉRIFIEZ 508B: 'BCG' À 'VAR 2' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>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 des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIRE '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)</p> <p>(PUIS ALLEZ À 524B)</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 525B																																																																												

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 déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne 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 (MOM) 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	
513B	Est-ce que dans les 24 heures après la naissance, (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	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	→ 517B
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 SEMAINE: 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"/>	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, 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 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 reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>																	
521B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523B																
522B	Combien de fois (NOM) a-t-il reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>																	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin antirougeoleux, c'est-à-dire une injection dans le bras pour éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525B																
524B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin antirougeoleux ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>																	
525B	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Un mélange en poudre de micronutriments ?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) Des compléments thérapeutiques prêts à l'emploi comme PLUMPY'NUTS® ?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) Des compléments alimentaires prêts à l'emploi comme PLUMPY'DOZ® ?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) Un mélange en poudre de micronutriments ?	1	2	8	b) Des compléments thérapeutiques prêts à l'emploi comme PLUMPY'NUTS® ?	1	2	8	c) Des compléments alimentaires prêts à l'emploi comme PLUMPY'DOZ® ?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) Un mélange en poudre de micronutriments ?	1	2	8																
b) Des compléments thérapeutiques prêts à l'emploi comme PLUMPY'NUTS® ?	1	2	8																
c) Des compléments alimentaires prêts à l'emploi comme PLUMPY'DOZ® ?	1	2	8																
526B	<p>VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES ENTRE 2018-2021?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>AUTRES NAISSANCES ENTRE 2018-2021 <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) →</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'AUTRES NAISSANCES ENTRE 2018-2021 <input type="text"/></p> <p>→ 601</p> </div> </div>																		

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

601 (1)	VÉRIFIEZ 224: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UNE NAISSANCE OU PLUS ENTRE 2016-2021 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AUCUNE NAISSANCE ENTRE 2016-2021 <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 ENTRE 2016-2021. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S). 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-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← </div> </div>	NOM _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← </div> </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	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 (ALLEZ À 618) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 618) ← 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 464: ALLAITÉ ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <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> <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>	<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 NOU... 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>(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(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. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ REFERENCE. A</p> <p>MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI B</p> <p>CHR/CSME/CHA C</p> <p>HOPITAL DE DISTRICT D</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ E</p> <p>CASE DE SANTÉ F</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>CENTRE ANBEF K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>INSTITUTION RELI- GIEUSE N</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL O</p> <p>PHARMACIE PAR TERRE/ VEND. AMBULANT P</p> <p>RELA COMMUNAUTAIRE Q</p> <p>MARCHÉ R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ REFERENCE. A</p> <p>MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI B</p> <p>CHR/CSME/CHA C</p> <p>HOPITAL DE DISTRICT D</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ E</p> <p>CASE DE SANTÉ F</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>CENTRE ANBEF K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>INSTITUTION RELI- GIEUSE N</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL O</p> <p>PHARMACIE PAR TERRE/ VEND. AMBULANT P</p> <p>RELA COMMUNAUTAIRE Q</p> <p>MARCHÉ R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
613	VÉRIFIEZ 612:	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE</p> <p>ENCERCLÉS ENCECLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE</p> <p>ENCERCLÉS ENCECLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>
614	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE</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			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		
		NOM _____			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</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SACHET SRO ?</p> <p>(5) b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>(6) c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p> <p>d) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRC .. 1 2 8</p> <p>c) LIQUIDE MAISON .. 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p>			<p>OUI NON NSP</p> <p>a) LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRC .. 1 2 8</p> <p>c) LIQUIDE MAISON .. 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p>		
616	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>TOUT EST 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>			<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		
617	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>TOUT 'NO' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) Qu'a t-on donné d'autre 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>(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>(PRÉCISEZ)</p>		
618	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 620) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>			<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 620) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		
619 (7)	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>			<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		
620	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS (ALLEZ À 623) ← 8</p>			<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS (ALLEZ À 623) ← 8</p>		
621	Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 623) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>			<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(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 646) ←	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
624	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À TO 629) ←
625 (4)	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 _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL/ REFERENCE. A MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI B CHR/CSME/CHA C HOPITAL DE DISTRICT D CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ E CASE DE SANTÉ F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ I PHARMACIE J CENTRE ANBEF K AUTRE SECTEUR MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M INSTITUTION RELI- GIEUSE N PRATICIEN TRADITIONNEL O PHARMACIE PAR TERRE/ VEND. AMBULANT P RELAJ COMMUNAUTAIRE .. Q MARCHÉ R AUTRE X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL/ REFERENCE. A MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI B CHR/CSME/CHA C HOPITAL DE DISTRICT D CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ E CASE DE SANTÉ F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ I PHARMACIE J CENTRE ANBEF K AUTRE SECTEUR MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M INSTITUTION RELI- GIEUSE N PRATICIEN TRADITIONNEL O PHARMACIE PAR TERRE/ VEND. AMBULANT P RELAJ COMMUNAUTAIRE .. Q MARCHÉ R AUTRE X (PRÉCISEZ)

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
626	VÉRIFIEZ 625:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS ↓ </div> <div> SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> </div> <p align="center">(ALLEZ À 628) ←</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS ↓ </div> <div> SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> </div> </div> <p align="center">(ALLEZ À 628) ←</p>
627	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE	PREMIER ENDROIT <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>	PREMIER ENDROIT <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>
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 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>	JOURS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>
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 <p align="center">(ALLEZ À 646) ←</p> NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 <p align="center">(ALLEZ À 646) ←</p> NE SAIT PAS 8
630 (8)	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 ARTHEMETER/QUININE (INJECTION/IV) I AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ J <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP K INJECTION/IV L AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE/PARACETAMOL .. M ACETAMINOPHEN N IBUPROFEN O AUTRE _____ X <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> 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 ARTHEMETER/QUININE (INJECTION/IV) I AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ J <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP K INJECTION/IV L AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE/PARACETAMOL .. M ACETAMINOPHEN N IBUPROFEN O AUTRE _____ X <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> NE SAIT PAS Z
631 (7)	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I EN CERCLÉ?	OUI ↓ NON <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <p align="center">(ALLEZ À 646) ←</p>	OUI ↓ NON <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> <p align="center">(ALLEZ À 646) ←</p>

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
632 (7)	VÉRIFIEZ 630: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 634) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 634) ←
633 (7)	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
634 (7)	VÉRIFIEZ 630: SP/FANSIDAR ('B') DONNÉE	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 636) ←	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 636) ←
635 (7)	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
636 (7)	VÉRIFIEZ 630: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 638) ←	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 638) ←
637 (7)	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
638 (7)	VÉRIFIEZ 630: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 640) ←	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 640) ←
639 (7)	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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
640 (7)	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 (7)	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 (7)	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 (7)	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 (7)	VÉRIFIEZ 630: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('J') DONNÉ	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
645 (7)	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
646	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la saison des pluies de l'année dernière 2020: Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de l'année dernière 2020, ou dans les quelques mois qui ont suivi, des médicaments ont été donnés à (NOM) pour prévenir le paludisme ? (Préciser le mois)	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 646C) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 646C) ←

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
646A	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris pour prévenir le paludisme au cours de la saison des pluies de l'année dernière 2020, 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>Aucun autre médicament ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ) A</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ EN SACHET) B</p> <p>SP/FANSIDAR (SEUL) C</p> <p>AMODIAQUINE (SEUL) D</p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISSININE (CTA) E</p> <p>CHLOROQUINE F</p> <p>QUININE G</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE: H (PRÉCISEZ)</p> <p>MÉDICAMENT TRADITIONNEL</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE I</p> <p>AUTRE W (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ) A</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ EN SACHET) B</p> <p>SP/FANSIDAR (SEUL) C</p> <p>AMODIAQUINE (SEUL) D</p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISSININE (CTA) E</p> <p>CHLOROQUINE F</p> <p>QUININE G</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE: H (PRÉCISEZ)</p> <p>MÉDICAMENT TRADITIONNEL</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE I</p> <p>AUTRE W (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>
646B	<p>VÉRIFIEZ 646A :</p> <p>SI SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ OU SACHET COMBINÉ)</p> <p>PAS DONNÉ</p>	<p>CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES A' ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ A Q646D) ↓</p>	<p>CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES A' ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ A Q646D) ↓</p>
646C	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de l'année dernière 2020, 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>(PASSEZ À 646K) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 646K) ←</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
646D	Où avez-vous reçu la première dose de ce médicament pour prévenir le paludisme chez (NOM) ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ .. 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONNEL SANTÉ/AGENT COMMUNAUTAIRE .. 2 PLACE PUBLIQUE/ENDROIT FIXE .. 3 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ .. 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONNEL SANTÉ/AGENT COMMUNAUTAIRE .. 2 PLACE PUBLIQUE/ENDROIT FIXE 3 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8
646E	Avez-vous une carte ou un carnet pour ces médicaments de l'année dernière 2016 où les mois pendant lesquels les doses ont été données à (NOM) pour prévenir le paludisme sont inscrits ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 646I) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 646I) ←
646F	Puis-je voir la carte ?	VU 1 PAS VU 2 (PASSEZ À 646I) ←	VU 1 PAS VU 2 (PASSEZ À 646I) ←
646G	ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>
646H	ENCERCLER LES MOIS ET L'ANNÉE QUI SONT MARQUÉS SUR LA CARTE	A1) MOIS 1:.... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:.... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:.... C2) ANNÉE:..	A1) MOIS 1:.... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:.... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:.... C2) ANNÉE:..
646I	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"/>
646J	DEMANDER LES MOIS ET L'ANNÉE À L'ENQUÊTÉE, PUIS SPÉCIFIER LES ICI EN ENCERCLANT.	A1) MOIS 1:.... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:.... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:.... C2) ANNÉE:..	A1) MOIS 1:.... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:.... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:.... C2) ANNÉE:..
646K	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la saison des pluies de cette année 2021: Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de cette année 2021, 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 (PASSEZ À 646N) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 646N) ←

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
646L	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris pour prévenir le paludisme au cours de la saison des pluies de cette année 2021, 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>Aucun autre médicament ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ) A</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ EN SACHET) B</p> <p>SP/FANSIDAR (SEUL) C</p> <p>AMODIAQUINE (SEUL) D</p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISSININE (CTA) E</p> <p>CHLOROQUINE F</p> <p>QUININE G</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE: H (PRÉCISEZ)</p> <p>MÉDICAMENT TRADITIONNEL</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/ RACINE I</p> <p>AUTRE W (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ) A</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ EN SACHET) B</p> <p>SP/FANSIDAR (SEUL) C</p> <p>AMODIAQUINE (SEUL) D</p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISSININE (CTA) E</p> <p>CHLOROQUINE F</p> <p>QUININE G</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE: H (PRÉCISEZ)</p> <p>MÉDICAMENT TRADITIONNEL</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/ RACINE I</p> <p>AUTRE W (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>
646M	<p>VÉRIFIEZ 646L :</p> <p>SI SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ OU SACHET COMBINÉ)</p> <p>PAS DONNÉ</p>	<p>CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES A' ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ A Q646O)</p>	<p>CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES A' ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ A Q646O)</p>
646N	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de cette année 2021, 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>(PASSEZ À 646V) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 646V) ←</p>

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
646O	Où avez-vous reçu la première dose de ce médicament pour prévenir le paludisme chez (NOM) ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ... 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONNEL SANTÉ/AGENT COMMUNAUTAIRE ... 2 PLACE PUBLIQUE/ENDROIT FIXE ... 3 AUTRE ... 6 NE SAIT PAS ... 8	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ... 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONNEL SANTÉ/AGENT COMMUNAUTAIRE ... 2 PLACE PUBLIQUE/ENDROIT FIXE ... 3 AUTRE ... 6 NE SAIT PAS ... 8
646P	Avez-vous une carte ou un carnet pour ces médicaments de cette année 2021 où les mois pendant lesquels les doses ont été données à (NOM) pour prévenir le paludisme sont inscrits ?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSEZ À 646T) ←	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSEZ À 646T) ←
646Q	Puis-je voir la carte ?	VU ... 1 PAS VU ... 2 (PASSEZ À 646T) ←	VU ... 1 PAS VU ... 2 (PASSEZ À 646T) ←
646R	ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>
646S	ENCERCLER LES MOIS ET L'ANNÉE QUI SONT MARQUÉS SUR LA CARTE	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:..	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:..
646T	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"/>
646U	DEMANDER LES MOIS ET L'ANNÉE À L'ENQUÊTÉE, PUIS SPÉCIFIER LES ICI EN ENCELRANT.	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:..	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:..
646V		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 (9)	<p>VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> ↓</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO OU DU LIQUIDE SACHET SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p> </div> </div>		→ 649
648 (9)	<p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé SACHETS SRO OU LES LIQUIDES SRO préconditionnés que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
649 (1)	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS ENTRE 2018-2021 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p align="center">↓</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p align="center">→</p> </div> </div>		→ 701

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	m) Des mangues, papayes mûres ou autres fruits riches en vitamine A ?	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 ou noix ?	s) 1 2 8	
	t) Du fromage ou d'autres produits laitiers ?	t) 1 2 8	
	u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	u) 1 2 8	
651	VÉRIFIEZ 650 (CATÉGORIES 'g' À 'u'): 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/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES 02 A JETÉ/RINSÉ 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	<input type="checkbox"/> → 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	<input type="checkbox"/> → 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	<input type="checkbox"/> → 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 <input type="checkbox"/></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 <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p> </td> </tr> </table>	<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></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 <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p>	<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>	<input type="checkbox"/> → 712
<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></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 <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p>				
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. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 732
714	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes 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.		
715	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 717 → 728

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL																																																
716	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													IL Y A JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																				
717	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 719) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 719) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 719) ←																																																
718	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																																																
719	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)																																																
720	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette personne ?	IL Y A JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	IL Y A JOURS . 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	IL Y A JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
721	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"/>
722	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
723	À part cette personne, avez- vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 716 À COL. SUIVANTE) NON 2 (ALLEZ À 725)	OUI 1 (RETOURNEZ À 716 À COL. SUIVANTE) NON 2 (ALLEZ À 725)	
724	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 PERSONNES 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
725	VÉRIFIEZ 106: ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> ↓	ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/>	→ 728
726	VÉRIFIEZ 701: PAS <input type="checkbox"/> EN UNION ↓	ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 728
727	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	
728	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	
729	VÉRIFIEZ 717, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (PREMIÈRE COLONNE): OUI, <input type="checkbox"/> CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ↓	NON, <input type="checkbox"/> CONDOM N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ NON <input type="checkbox"/> DEMANDÉ	→ 732 → 732
730	Vous avez dit que la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom avait été utilisé. Quelle était la marque du condom utilisée cette fois là ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	FOULA 01 SULTANT 02 MANEX 03 CONDOM FEMININ 04 VISA 05 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
731	<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</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL/REFERENCE 11</p> <p>MATERNITÉ ISSAKA MAGORI 12</p> <p>CHR/CSME/CHA 13</p> <p>HOPITAL DE DISTRICT 14</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ 15</p> <p>CASE DE SANTÉ 16</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 18</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>CABINET MÉDICAL/MÉDECIN PRIVÉ .. 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>CENTRE ANBEF 23</p> <p>KIOSQUE ROUTIER..... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 25</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE..... 32</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT 34</p> <p>RELA COMMUNAUTAIRE 35</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>													
732	<p>PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION</p>	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS <10 ANS</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 ANS	1	2	HOMMES ADULTES.....	1	2	FEMMES ADULTES	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10 ANS	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 ↓ a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ?	ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ? MOIS 1 ANNÉES 2 BIENTÔT/MAINTENAN' 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 PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT ↓	UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT	→ 813
808	VÉRIFIEZ 805: '24' MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> OU '02' ANNÉES OU PLUS ↓	PAS POSÉE <input type="checkbox"/> ↓ '00-23' MOIS <input type="checkbox"/> OU '00-01' ANNÉE	→ 812
809	VÉRIFIEZ 715: IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS ↓	IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 811 → 811

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/></p> <p>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> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/></p> <p>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> </div> </div> <p>NREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES</p>	<p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDRO N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGNÉ P</p> <p>TROP CHER Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE 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"/> → 813</div> </div>		
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"/></p> <p>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"/></p> <p>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 IMPORTE</div> </div> <p>NOMBRE ... <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE 96</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) Entendu parler de la planification familiale lors des séances de sensibilisation ?</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) SÉANCES DE SENSIBILISATION 1 2</p>	
816	QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU PAYS SUR LES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES MÉDIA		
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>		<p>→ 820</p> <p>→ 822</p>
819	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>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	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>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	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	<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: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> </div> <div> PAS EN UNION <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> </div> </div>		→ 909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 906
904	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> 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 ?	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 913
910	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 913
911	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 917
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
916	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
917	VÉRIFIEZ 701: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME ↓ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 925
918	VÉRIFIEZ 916: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> CODE '1' OU '2' ENCERCLÉ ↓ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AUTRE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 921
919	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
920	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 922
921	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
922	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
923	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																								
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6																									
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMEI 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 SEULEMEI 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 border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.</th><th>PAS. PAS.</th><th>PAS. PRES.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10 ANS</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>MARI</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.	PAS. PAS.	PAS. PRES.	ENFANTS < 10 ANS	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 ANS	1	2	3																								
MARI	1	2	3																								
AUTRES HOMMES	1	2	3																								
AUTRES FEMMES	1	2	3																								
932	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : a) Si elle sort sans le lui dire ? b) Si elle néglige les enfants ? c) Si elle argumente avec lui ? d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? e) Si elle brûle la nourriture ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SORT SANS LE LUI DIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) ARGUMENTE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) REFUSE RAP. SEXUELS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) BRÛLE NOURRITURE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8	c) ARGUMENTE	1	2	8	d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8	e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8																								
b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8																								
c) ARGUMENTE	1	2	8																								
d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8																								
e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								
933	NOTEZ L'HEURE.	HEURES MINUTES	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table>																								

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

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

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.

N NAISSANCES
G GROSSESSES
F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE

1 STÉRILISATION FÉMININE
2 STÉRILISATION MASCULINE

3 DIU

4 INJECTABLES

5 IMPLANTS

6 PILULE

7 CONDOM

8 CONDOM FÉMININ

9 PILULE DU LENDEMAIN

J MÉTHODE DES JOURS FIXES

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

L MÉTHODE DU RYTHME

M RETRAIT

X AUTRE MÉTHODE MODERNE

Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT

1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT

2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE

3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE

4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE

5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES

6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ

7 COÛTE TROP CHER

8 PAS PRATIQUE À UTILISER

F FATALISTE

A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE

D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION

X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

COL. 1 | COL. 2

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