

ANNEXE F

QUESTIONNAIRES

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
FEUILLE MENAGE

Confidentiel

IDENTIFICATION	
DEPARTEMENT _____	N° STRATE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ARRONDISSEMENT _____	N° GRAPPE... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
COMMUNE/CANT./CENTRE URBAIN _____	N° STRUCTURE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VILLAGE/QUARTIER _____	N° MENAGE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NIAMEY=1 / AGADEZ, MARADI, TAHOUA, ZINDER=2 / AUTRES VILLES=3 / RURAL=4...	
NOM PERSONNE INTERROGEE _____	N° de ZD.... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N° DE LIGNE DE L'ENQUETE POUR LA FEUILLE MENAGE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

ENQUETE MARI: OUI 1 NON 2

VISITES D'ENQUETRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				MOIS.... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				ANNEE... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUETRICE				CODE ENQUETRICE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RESULTAT*				RESULTAT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
*CODES RESULTAT: 1 REMPLI 2 MENAGE PRESENT MAIS PAS D'ENQ. COMPET. A LA MAISON 3 MENAGE ABSENT 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ (PRECISER)				TOTAL DANS LE MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				N. ALEATOIRE <input type="checkbox"/>
				TOTAL DES FEMMES ELIGIBLES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				TOTAL DES MARIS ELIGIBLES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N° DU QUESTIONNAIRE	NOMBRE DE QUESTIONNAIRES			

QUESTIONNAIRE FRANCAIS.....	1
LANGUE DE L'INTERVIEW ** _____	
INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2)	
** CODES LANGUES: 1 FRANCAIS 2 HAOUSSA 3 DJERMA 4 AUTRES	

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN _____	CONTROLE BUREAU _____	SAISI PAR _____	SAISI PAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----------	------------------------	-----------------------	-----------------	---

TABLEAU DE MENAGE

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

N°	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION			SURVIE ET RESIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS***				POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS ETAT MATRIMONIAL	ELIGIBILITE DES FEMMES	ELIGIBILITE DES MARIS POUR CHAQUE FEMME ELIGIBLE ET EN UNION		
			(NOM) vit-il/elle habituellement dans ce ménage?	(NOM) a-t-il/elle dormi dans ce ménage la nuit dernière?			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	Quel âge a (NOM)? NOTER: 97 pour 97 ans et plus	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école? SI NON PASSER A Q. 11	SI A FREQUENTE ECOLE		Est-ce que la mère qui a mis (NOM) au monde est toujours en vie?	SI EN VIE				Est-ce que le père qui a mis (NOM) au monde est toujours en vie?	SI EN VIE
										Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?	SI AGE DE MOINS DE 25 ANS							
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)		
			OUI NON	OUI NON	M F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLAS.	OUI NON	OUI NON NSP		OUI NON NSP		1 2 3 4	01			
01			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	01			
02			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	02			
03			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	03			
04			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	04			
05			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	05			
06			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	06			
07			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	07			
08			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	08			
09			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	09			
10			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	10			

SUITE DU TABLEAU DE MENAGE

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
			OUI NON	OUI NON	M F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLAS.	OUI NON	OUI NON MSP		OUI NON MSP				
11			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	11	
12			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	12	
13			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	13	
14			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	14	
15			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	15	
16			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	16	
17			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	17	
18			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	18	
19			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	19	
20			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	20	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE ET NOTER LE NUMERO DE FEUILLE EN 1^{er} PAGE

NOMBRE TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES

NOMBRE TOTAL DE MARIS ELIGIBLES

Juste pour être sûr que j'ai une liste complète:

1) Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

2) De plus, y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, ou des amis qui vivent habituellement avec vous dans le même ménage? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

- * CODES POUR Q.3: LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE
- 01= CHEF DE MENAGE
 - 02= FEMME OU MARI
 - 03= FILS OU FILLE
 - 04= GENDRE OU BELLE-FILLE
 - 05= PETIT-FILS OU -FILLE
 - 06= PERE OU MERE
 - 07= BEAU-PERE OU BELLE-MERE
 - 08= FRERE OU SOEUR
 - 09= CO-EPOUSE
 - 10= AUTRE PARENT
 - 11= ENFANT ADOPTE OU EN GARDE
 - 12= SANS PARENTE
 - 98= NSP

** CODES POUR Q.9

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1 ^{er} CYC.	3= SEC. 2 ^o CYCLE	4= SUPERIEUR	8= NSP
CLASSES	1= C1 2= CP 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE 1= 6 ^{ème} 2= 5 ^{ème} 3= 4 ^{ème} 4= 3 ^{ème} 8= NSP		1= 2 nd e 2= 1 ^{ère} 3= Term.	1= 1 ^{ère} année 2= 2 ^{ème} année 3= 3 ^{ème} année 4= 4 ^{ème} an. et+ 8= NSP

*** Ces questions concernent les parents biologiques de l'enfant.
Noter 00 si les parents ne sont pas membres du ménage.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
18	D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	→20 →20 →20 →20 →20 →20
19	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996	
20	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI.....1 NON.....2	→22
21	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	
22	Quel genre de w.c. utilisez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 CHASSE D'EAU PUBLIQUE.....13 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE.....21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE OU LATRINES.....22 PAS DE W.C./BROSSE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	
23	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur?	ELECTRICITE.....1 RADIO.....1 TELEVISION.....1 REFRIGERATEUR.....1	OUI NON 2 2 2 2 2 2 2 2
24	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
25	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER. ENREGISTRER L'OBSERVATION.	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYLE.....32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRECISER)	
26	PRINCIPAL MATERIAU DU TOIT. ENREGISTRER L'OBSERVATION.	BETON.....01 TOLE.....02 BANCO.....03 PAILLE.....04 TENTE.....05 AUTRE.....06 (PRECISER)	
27	Y-a-t-il quelqu'un dans votre ménage qui possède: Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture? Une charrette?	BICYCLETTE.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1 VOITURE.....1 CHARRETTE.....1	OUI NON 2 2 2 2 2 2 2 2

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-mêmes et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Niamey, ou dans une autre capitale à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	NIAMEY/AUTRE CAPITAL.....1 AGADEZ/MARADI/TANOUA/ZINDER AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	<input type="text"/> →105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Niamey, ou dans une autre capitale à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	NIAMEY/AUTRE CAPITAL.....1 AGADEZ/MARADI/TANOUA/ZINDER AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire 1 ^{er} cycle, secondaire 2 ^o cycle, ou supérieur?*	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1 ^o CYCLE.....2 SECONDAIRE 2 ^o CYCLE.....3 SUPERIEUR.....4	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau?*	CLASSE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>		→112
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout?	FACILEMENT.....1 AVEC DIFFICULTE.....2 PAS DU TOUT.....3	→113
112	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
113	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
115	Quelle est votre religion?	MUSULMANE.....1 CHRETIENNE.....2 ANIMISTE.....3 AUTRE.....4 (PRECISER)	
116	Quelle est votre nationalité?	NIGERIENNE.....01 TOGOLAISE.....02 BENINOISE.....03 MALIENNE.....04 BURKINABE.....05 AUTRE AFRICAINE.....06 AUTRE.....07 (PRECISER)	→118

* Codes pour Q.108 et 109

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1 ^o CYC.	3= SEC. 2 ^o CYCLE	4= SUPERIEUR	8= NSP
CLASSES	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE				
	1= C1	1= 6 ^{ème}	1= 2 ^{nde}	1= 1 ^{ère} année	
	2= CP	2= 5 ^{ème}	2= 1 ^{ère}	2= 2 ^{ème} année	
	3= CE1	3= 4 ^{ème}	3= Term.	3= 3 ^{ème} année	
	4= CE2	4= 3 ^{ème}	8= NSP	4= 4 ^{ème} an. et+	
	5= CM1	8= NSP	-----	8= NSP	
	6= CM2				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
117	Quelle est votre ethnie?	ARABE.....01 DJERMA.....02 GOURNANTHE.....03 HAOUSSA.....04 KANOURI.....05 MOSSI.....06 PEULH.....07 TOUAREG BELLA.....08 TOUBOU.....09 AUTRE.....10 (PRECISER)	
118	VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE <input type="checkbox"/> L'ENQUETEE EST RESIDENTE <input type="checkbox"/>		201
119	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Vivez-vous habituellement à Niamey, ou dans une autre capitale, à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	NIAMEY.....1 AUTRE CAPITALE.....2 AGADEZ/MARADI/TAHOUA/ZINDER AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...3 VILLE.....4 CAMPAGNE.....5	121
120	Dans quel département est-ce situé?	AGADEZ.....01 DIFFA.....02 DOSSO.....03 MARADI.....04 TILLABERI.....05 TAHOUA.....06 ZINDER.....07 ETRANGER.....08	
121	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	123 123 123 123 123
122	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996	
123	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI.....1 NON.....2	125
124	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
125	Quel genre de w.c. utilisez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 CHASSE D'EAU PUBLIQUE.....13 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE.....21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE OU LATRINES.....22 PAS DE W.C./BROSSE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	
126	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur?	ELECTRICITE.....1 RADIO.....1 TELEVISION.....1 REFRIGERATEUR.....1	OUI NON 2 2 2 2 2 2 2 2
127	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES.....	<input type="text"/>
128	Pouvez-vous décrire le plancher de votre logement?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYLE.....32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRECISER)	
129	Pouvez-vous décrire le toit de votre logement?	BETON.....01 TOLE.....02 BANCO.....03 PAILLE.....04 TENTE.....05 AUTRE.....06 (PRECISER)	
130	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède: Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture? Une charrette?	BICYCLETTE.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1 VOITURE.....1 CHARRETTE.....1	OUI NON 2 2 2 2 2 2 2 2

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI.....1 NON.....2	→206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204
203	Combien de vos fils habitent avec vous? Et combien de vos filles habitent avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206
205	Combien de vos fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous? Et combien de vos filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun(e) fils ou fille qui a pleuré ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208
207	En tout, combien de vos fils sont décédés? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
208	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	TOTAL.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ___ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NECESSAIRE	
210	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>	→223

211 Maintenant, je voudrais vous parler de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

(INSCRIRE A 212 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES Jumeaux ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES)

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	Quand (NOM) est né(e) était-il/elle seul ou avait-elle un jumeau?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	(NOM) est-il/elle encore en vie?	217 SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	218 SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	219 SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	220 SI DECEDE(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.

01 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
02 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
03 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
04 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
05 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
06 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
07 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
08 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	Quand (NOM) est né(e) était-il/elle seul ou avait-elle un jumeau?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	(NOM) est-il/elle encore en vie?	SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle?	SI DECEDE(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort? SI *1 AN*, INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.

09	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A MAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A MAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A MAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A MAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A MAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A MAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A 221)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

221 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

LES NOMBRES SONT LES MEMES LES NOMBRES SONT DIFFERENTS (VERIFIER ET CORRIGER)

VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE

POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS

222 VERIFIER 215 ET INSCRIRE LE NOMBRE DE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1987 S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE '0'.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
223	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	→226
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS..... <input type="text"/>	
225	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne pas</u> tomber enceinte?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3 DIEU L'A VOULU.....4 NSP.....5	
226	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé?	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> ANNEES.....4 <input type="text"/> EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
227	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles <u>suyvantes</u> , y-a-t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→301
228	A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chances de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES.....1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES.....2 AU MILIEU DU CYCLE.....3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES.....4 AUTRE5 (PRECISER) NSP.....8	

SECTION 3: CONTRACEPTION

301 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE. PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT. ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 302, POSER 303-304 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)? LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?	304 Savez-vous où l'on peut aller pour se procurer (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTIONS Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
04 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
05 CONDOM Les hommes peuvent se mettre un condom (une capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Avez-vous déjà utilisé le condom avec un partenaire? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
06 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2	Savez-vous où l'on peut subir une opération pour être stérilisé? OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Votre mari/conjoint a-t-il eu une opération pour ne plus avoir d'enfants? OUI.....1 NON.....2	Savez-vous où l'on peut subir une opération pour être stérilisé? OUI.....1 NON.....2
08 RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	Savez-vous où l'on peut obtenir des conseils sur la façon de pratiquer la continence périodique? OUI.....1 NON.....2
09 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
10 GRIS-GRIS Les femmes peuvent utiliser des anulettes pour ne pas tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
11 Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse? 1 _____ (PRECISER) 2 _____ (PRECISER)	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3	OUI.....1 NON.....2 OUI.....1 NON.....2	

305 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 308

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A	
306	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI..... <input type="checkbox"/> NON..... <input type="checkbox"/> → 326	
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303-305 (ET 302 SI NECESSAIRE)		
308	Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/>	
309	VERIFIER 223: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SURE <input type="checkbox"/> V	→ 326	
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/> V	→ 312A	
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI..... 1 NON..... 2 → 326	
312	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 GRIS-GRIS.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	→ 318 → 323
312A	ENCERCLER '06' POUR LA STERILISATION FEMININE		
313	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	
314	Au moment où vous vous êtes procuré des pilules la dernière fois, avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme?	OUI..... 1 NON..... 2	
315	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment?	STEDIRIL.....01 MINIDRIL.....02 MILLI ANOVLAR.....03 EUGYNON.....04 ADEPAL.....05 MINIPHASE.....06 LO-FEMENAL.....07 EUGYNON.....08 AUTRE.....09 (PRECISER) BOITE NON MONTREE.....10	→ 317
316	Connaissez-vous le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment?	STEDIRIL.....01 MINIDRIL.....02 MILLI ANOVLAR.....03 EUGYNON.....04 ADEPAL.....05 MINIPHASE.....06 LO-FEMENAL.....07 EUGYNON.....08 AUTRE.....09 (PRECISER) NSP.....98	
317	Combien vous coûte une boîte de pilules? (NOTER LE PRIX)	PRIX..... <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	
317A	Pour combien de cycle utilisez-vous cette boîte de pilules? (NOTER LE NOMBRE DE CYCLES)	NOMBRE DE CYCLES..... <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
318	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>Où a eu lieu la stérilisation?</p> <p>Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL11</p> <p>CENTRE MEDICAL12</p> <p>CENTRE DE SANTE FAMILIALE13</p> <p>PMI14</p> <p>DISPENSARE15</p> <p>MATERNITE16</p> <p>PHARMACIE POPULAIRE17</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CABINET DE MEDECIN PRIVE21</p> <p>CLINIQUE/HOPITAL22</p> <p>PHARMACIE23</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>PARENTE31</p> <p>VOISINE32</p> <p>AUTRE41</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP98</p>	→321
319	<p>Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit?</p> <p>SI MOINS DE 2 HEURES, INSCRIRE LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES. SI 1 JOUR OU+ = 24 HEURES</p>	<p>MINUTES1</p> <p>HEURES2</p> <p>NSP9998</p>	
320	<p>Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?</p>	<p>FACILE1</p> <p>DIFFICILE2</p>	
321	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p>		→323
322	<p>En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?</p>	<p>MOIS1</p> <p>ANNEE2</p>	→336
323	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE '00'.</p>	<p>MOIS1</p> <p>8 ANS OU PLUS96</p>	
324	<p>Avez-vous eu des problèmes avec la méthode que vous utilisez actuellement?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→331
325	<p>A qui avez-vous demandé conseils pour ces problèmes?</p>	<p>PERSONNEL DE SANTE1</p> <p>CONNAISSANCE/PARENTE2</p> <p>CONJOINT3</p> <p>PERSONNE4</p>	→331
326	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir, une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	→328 →332
327	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?</p>	<p>VEUT DES ENFANTS01</p> <p>MANQUE D'INFORMATION02</p> <p>PARTENAIRE DESAPPROUVE03</p> <p>COUT TROP ELEVE04</p> <p>EFFETS SECONDAIRES05</p> <p>PROBLEMES DE SANTE06</p> <p>DIFFICILE A OBTENIR07</p> <p>RELIGION08</p> <p>OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE09</p> <p>FATALISTE10</p> <p>AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT11</p> <p>RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS12</p> <p>DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE13</p> <p>MENOPAUSE/A EU HYSTERECTOMIE14</p> <p>PAS CONNUE15</p> <p>NON MARIEE16</p> <p>AUTRE17</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP98</p>	→332
328	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
329	<p>Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE01</p> <p>DIU02</p> <p>INJECTIONS03</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE04</p> <p>CONDOM05</p> <p>STERILISATION FEMININE06</p> <p>STERILISATION MASCULINE07</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE08</p> <p>RETRAIT09</p> <p>GRIS-GRIS10</p> <p>AUTRE11</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PAS SURE98</p>	→332

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A									
330	Où pouvez-vous vous procurer (METHODE CITEE A 329)? <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	SECTEUR PUBLIC HOPITAL11 CENTRE MEDICAL.....12 CENTRE DE SANTE FAMILIALE...13 PMI.....14 DISPENSAIRE.....15 MATERNITE.....16 PHARMACIE POPULAIRE.....17 SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE....21 CLINIQUE/HOPITAL.....22 PHARMACIE.....23 AUTRE SECTEUR PRIVE PARENTE.....31 VOISINE.....32 AUTRE41 (PRECISER) NSP.....98	→334 →336 →332									
331	VERIFIER 312: UTILISE LA CONTINENCE PERIODIQUE, LE RETRAIT OU UNE AUTRE METHODE TRADITIONNELLE <input type="checkbox"/>	UTILISE UNE METHODE MODERNE <input type="checkbox"/>	→336									
332	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→336									
333	Où est-ce? <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	SECTEUR PUBLIC HOPITAL11 CENTRE MEDICAL.....12 CENTRE DE SANTE FAMILIALE...13 PMI.....14 DISPENSAIRE.....15 MATERNITE.....16 PHARMACIE POPULAIRE.....17 SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE....21 CLINIQUE/HOPITAL.....22 PHARMACIE.....23 AUTRE SECTEUR PRIVE PARENTE.....31 VOISINE.....32 AUTRE41 (PRECISER) NSP.....98	→336									
334	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit? SI MOINS DE 2 HEURES, INSCRIRE LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES. SI 1 JOUR OU+ = 24 HEURES	MINUTES.....1 HEURES.....2 NSP.....9998	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td> </td><td> </td></tr> </table>				0					
0												
335	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2										
336	Durant le mois dernier, avez-vous entendu un message à propos du planning familial à: la radio? la télévision?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....1	1	2	TELEVISION.....1	1	2	
	OUI	NON										
RADIO.....1	1	2										
TELEVISION.....1	1	2										
337	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations à propos du planning familial soient données à la radio ou à la télévision?	ACCEPTABLE.....1 PAS ACCEPTABLE.....2 NSP.....8										
338	Durant les douze derniers mois, avez-vous assisté à des séances de sensibilisation ou à des causeries sur le planning familial?	OUI.....1 NON.....2	→401									
339	Où avez-vous assisté à ces séances ou causeries?	FORMATION SANITAIRE.....1 QUARTIER.....2 AUTRE3 (PRECISER) NSP.....8										

SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401 VERIFIER 222 :
 UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1967 AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1967 (PASSER A 491)

402 INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1967 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).
 Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)

N° DE LIGNE DE LA Q. 212	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
	NOM	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	NOM	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	NOM	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> ou vouliez-vous <u>ne plus</u> avoir d'enfant?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)←	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concernant cette grossesse? SI OUI, Qui avez-vous vu? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) PERSONNE.....F (PASSER A 409)←
406	Vous a-t-on donné un carnet de santé pour cette grossesse?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse?	MOIS..... NSP.....98	MOIS..... NSP.....98	MOIS..... NSP.....98	MOIS..... NSP.....98	MOIS..... NSP.....98
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse?	NBRE. DE VISITES... NSP.....98	NBRE. DE VISITES... NSP.....98	NBRE. DE VISITES... NSP.....98	NBRE. DE VISITES... NSP.....98	NBRE. DE VISITES... NSP.....98
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... NSP.....8	NOMBRE..... NSP.....8	NOMBRE..... NSP.....8	NOMBRE..... NSP.....8	NOMBRE..... NSP.....8
411	Où avez-vous accouché de (NOM)?	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE.....22 DISPENSARE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENT.....E AUTRE _____ F (PRECISER) PERSONNE.....G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENT.....E AUTRE _____ F (PRECISER) PERSONNE.....G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENT.....E AUTRE _____ F (PRECISER) PERSONNE.....G
413	(NOM) est-il/elle né(e) à terme ou prématurément?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
415	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
416	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418) <—	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <—	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <—
417	Combien pesait-il/elle?	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
418	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 420) <— NON.....2 (PASSER A 421) <—		
419	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <—	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <—
420	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
421	VOIR 223: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 423)		
422	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) <—		
423	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____																																				
424	Avez-vous allaité (NOM)? OUI.....1 (PASSER A 426)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)← NON.....2																																				
425	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM)? MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←																																				
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/>																																					
427	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 433)																																					
428	Allaitiez-vous encore (NOM)? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 433)←																																						
429	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>																																					
430	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>																																					
431	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) un des aliments ou boissons suivants:	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Eau?</td><td>EAU.....1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Eau sucrée?</td><td>EAU SUCREE.....1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Jus?</td><td>JUS.....1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Infusion?</td><td>INFUSION/GUITTI/BAOURI.....1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Lait en boîte pour bébé?</td><td>LAIT EN BOITE BEBE.....1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Autre lait en boîte ou en poudre?</td><td>AUTRE LAIT EN BOITE/ EN POUORE.....1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Lait frais (d'animaux)</td><td>LAIT FRAIS.....1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Autres liquides</td><td>AUTRES LIQUIDES.....1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Bouillie?</td><td>BOUILLIE.....1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Autre aliment spécialement préparé pour l'enfant?</td><td>AUTRE ALIMENT PREPARE SPEC. POUR ENFANT...1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Plat familial?</td><td>PLAT FAMILIAL.....1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Eau?	EAU.....1	2	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1	2	Jus?	JUS.....1	2	Infusion?	INFUSION/GUITTI/BAOURI.....1	2	Lait en boîte pour bébé?	LAIT EN BOITE BEBE.....1	2	Autre lait en boîte ou en poudre?	AUTRE LAIT EN BOITE/ EN POUORE.....1	2	Lait frais (d'animaux)	LAIT FRAIS.....1	2	Autres liquides	AUTRES LIQUIDES.....1	2	Bouillie?	BOUILLIE.....1	2	Autre aliment spécialement préparé pour l'enfant?	AUTRE ALIMENT PREPARE SPEC. POUR ENFANT...1	2	Plat familial?	PLAT FAMILIAL.....1	2	
	OUI	NON																																					
Eau?	EAU.....1	2																																					
Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1	2																																					
Jus?	JUS.....1	2																																					
Infusion?	INFUSION/GUITTI/BAOURI.....1	2																																					
Lait en boîte pour bébé?	LAIT EN BOITE BEBE.....1	2																																					
Autre lait en boîte ou en poudre?	AUTRE LAIT EN BOITE/ EN POUORE.....1	2																																					
Lait frais (d'animaux)	LAIT FRAIS.....1	2																																					
Autres liquides	AUTRES LIQUIDES.....1	2																																					
Bouillie?	BOUILLIE.....1	2																																					
Autre aliment spécialement préparé pour l'enfant?	AUTRE ALIMENT PREPARE SPEC. POUR ENFANT...1	2																																					
Plat familial?	PLAT FAMILIAL.....1	2																																					
432	VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 437)	RIEN DU TOUT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 436)																																				

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
433	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436) ←	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436) ←	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436) ←
434	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)
435	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 437)
436	Avez-vous déjà donné à (NOM) de l'eau, ou quelque chose d'autre à boire ou à manger (autre que le lait maternel)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) ←
437	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner un des aliments ou boissons suivants de façon régulière?: Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel? Eau? Infusion? Autres liquides? Bouillie ou aliment solide? SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE '00'.	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)
438	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 440)		
439	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
440	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A LA PREMIERE COLONNE DE 441			

SECTION 48. VACCINATION ET SANTE

441 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SELON q. 212 ET q. 216	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>
	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>

442 Avez-vous un carnet ou une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←
	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←
	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3

443 Avez-vous jamais eu de carnet ou de carte de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←
	NON.....2	NON.....2	NON.....2

444 (1)COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET/CARTE.	BCG	BCG	BCG	BCG
	POLIO 0	P0	P0	P0
(2)INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LE CARNET/CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.	POLIO 1	P1	P1	P1
	POLIO 2	P2	P2	P2
	POLIO 3	P3	P3	P3
	DTCQ 1	D1	D1	D1
	DTCQ 2	D2	D2	D2
	DTCQ 3	D3	D3	D3
	INOVA 1	IM1	IM1	IM1
	INOVA 2	IM2	IM2	IM2
	ROUGEOLE	ROU	ROU	ROU
	FIEVRE JAUNE	F.J	F.J	F.J

445 (NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet/carte? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, POLIO 0-3, DTCQ 1-3, INOVA 1-2, ROUGEOLE ET/OU FIEVRE JAUNE, PUIS PASSER A 448.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)←
	NON.....2	NON.....2	NON.....2
	NSP.....8 (PASSER A 448)←	NSP.....8 (PASSER A 448)←	NSP.....8 (PASSER A 448)←

446 (NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←
	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE NAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON
447	S'il vous plaît, dites-moi si (NON) a reçu une des vaccinations suivantes: Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant-bras gauche qui a laissé une cicatrice? Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche? SI OUI: Combien de fois? Une injection contre la rougeole? Une injection au pistolet? SI OUI: Combien de fois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)
449	RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 482.			
450	(NON) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
451	(NON) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 455) <-----	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 455) <-----	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 455) <-----
452	(NON) a-t-il/elle souffert de la toux dans les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
453	Combien de jours (a durée la toux/depuis combien de jours dure la toux)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
454	Quand (NON) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
455	VOIR 450 ET 451: FIEVRE OU TOUX?	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)
456	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 458) <-----	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 458) <-----	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 458) <-----
457	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la fièvre/toux? Quelque chose d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP.....E COMPRIME/SIROP INCONNU.....F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE (PRECISER).....H	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP.....E COMPRIME/SIROP INCONNU.....F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE (PRECISER).....H	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP.....E COMPRIME/SIROP INCONNU.....F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE (PRECISER).....H
458	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460) <-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460) <-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460) <-----

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM	NOM
459	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PHI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PHI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PHI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)
460	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 (PASSER A 462)←.....2 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462)←.....2 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462)←.....2 NON.....2 NSP.....8
461	RETOURNER A 462 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 482			
462	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
463	Combien de jours (a duré la diarrhée/depuis combien de jours dure la diarrhée)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
464	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)
465	VOIR 424/428: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 468)		
466	Quand (NOM) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 468)←.....3		
467	Avez-vous <u>augmenté</u> ou <u>réduit</u> le nombre de rations, ou avez-vous <u>arrêté complètement</u> ?	AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT...3		
468	(En dehors du lait maternel) Lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
469	Lui avez-vous donné à manger la même quantité d'aliments qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
470	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 472)←.....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 472)←.....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 472)←.....3 NSP.....8
471	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE...F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES...G GUITTI/BAOURI.....H AUTRE.....I (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE...F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES...G GUITTI/BAOURI.....H AUTRE.....I (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE...F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES...G GUITTI/BAOURI.....H AUTRE.....I (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
472	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 474) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 474) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 474) ←
473	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PMI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PMI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PMI.....C DISPENSARE.....D MATERNITE.....E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.....G SECOURISTE.....H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....I PHARMACIE.....J CABINET MED. PRIVE...K DISPENSARE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR TRADITIONNEL.....O VOISINE/PARENTE.....P AUTRE.....Q (PRECISER)
474	VOIR 471: LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 476)	OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 476)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 476)
475	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial de poudre contre la diarrhée et les vomissements quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478) ← NSP.....8
476	Combien de temps après le début de la diarrhée, (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé à partir du sachet spécial? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
477	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé à partir du sachet spécial? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
478	VOIR 471: LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 480)	OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 480)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 480)
479	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 481) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 481) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 481) ← NSP.....8
480	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé avec du sucre, du sel et de l'eau? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
481	RETOURNER A 442 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 482.			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
482	VOIR 471 ET 475 (TOUTES LES COLONNES): SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A UN ENFANT	SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A AUCUN ENFANT OU 471 ET 475 NON POSEE	486
483	Avez-vous déjà entendu parler d'un sachet spécial de de poudre que l'on peut obtenir pour le traitement de la diarrhée et des vomissements?	OUI.....1 NON.....2	485
484	Avez-vous déjà vu un sachet comme ceux-ci auparavant? MONTRER LES DEUX SACHETS.	OUI.....1 NON.....2	489
485	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quel- qu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	488
486	La dernière fois que vous avez préparé le sachet spécial de poudre, avez-vous préparé tout le sachet en une fois, ou seulement une partie du sachet?	TOUT LE SACHET EN UNE FOIS.....1 PARTIE DU SACHET.....2	488
487	Quelle quantité d'eau avez-vous utilisé pour préparer le sachet spécial de poudre la dernière fois que vous l'avez fait?	1/2 LITRE/ 1/2 TASSE A SAUCE...01 1 LITRE/TASSE A SAUCE.....02 1,5 LITRES/1,5 TASSES A SAUCE...03 2 LITRES/ 2 TASSES A SAUCE....04 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET...05 AUTRE.....06 (PRECISER) NSP.....98	
488	Où pouvez-vous obtenir le sachet spécial de poudre? INSISTER: Nulle part ailleurs? INSCRIRE TOUS LES LIEUX CITES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE MEDICAL.....B PMI.....C DISPENSARE.....D EQUIPE MOBILE.....E PHARMACIE POPULAIRE.....F SECOURISTE.....G SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....H PHARMACIE.....I CABINET MEDECIN PRIVE.....J DISPENSARE PRIVE.....K AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE.....L VOISINE/PARENTE.....M AUTRE.....N (PRECISER)	
489	VOIR 471 ET 479 (TOUTES LES COLONNES): LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT	LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A AUCUN ENFANT OU 471 ET 479 NON POSEE	491
490	Où avez-vous appris à préparer le liquide recommandé et fait à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau que vous avez donnée à (NOM) quand il/elle avait la diarrhée?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE MEDICAL.....12 PMI.....13 DISPENSARE.....14 EQUIPE MOBILE.....15 SECOURISTE/MATRONE.....16 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....21 PHARMACIE.....22 CABINET MEDICAL PRIVE.....23 DISPENSARE PRIVE.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE.....31 VOISINE/PARENTE.....32 AUTRE.....41 (PRECISER)	
491	Combien de repas avez-vous pris, hier, vous et votre famille?	NOMBRE DE REPAS.....	
492	D'où provient la nourriture que vous avez mangée hier?	PRODUCTION FAMILIALE.....A ACHETEE.....B RECUE COMME DON.....C AUTRE.....D (PRECISER)	