

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique du Rwanda. Nous effectuons actuellement une enquête nationale au cours de laquelle nous posons des questions aux femmes et aux hommes sur des problèmes qui concernent la santé. Nous souhaiterions vivement que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront très utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. Cette enquête dure généralement entre 10 et 15 minutes. Les informations que vous nous fournirez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et s'il arrivait que nous posions une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Vous pouvez aussi interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous. Je dois ajouter probablement quelqu'un de notre service va retourner chez vous pour vous demander les questions supplémentaires sur la santé des enfants.

Avez-vous des questions à me poser sur l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêtrice _____ Date: _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE ... 2 → FIN

100	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
101	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
102	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 101 ET/OU 102 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2	→ 106
104	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3	
105	Quelle est l'année/classe la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau?	ANNÉE/CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
106	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANT 2 ADVENTISTE 3 MUSULMAN 4 RELIGION TRADITIONNELLE 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) AUCUNE 7	
107	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 110
108	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	→ 201
109	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 201
110	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	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> FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	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> 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 une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun bébé qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	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> 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 Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> →		→ 225								

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1 ^{ère} que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. NOTER LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISER UN (DES) 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/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : NOTER E N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? Si '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI 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 décédés après la naissance?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISS.SUIV.)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	
Quel nom a été donné à votre enfant suivant? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER E N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI 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 décédés après la naissance?	
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
09	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
10	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
11	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
12	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?					OUI 1 NON 2		SI OUI, INSISTEZ ET CORRIGEZ SUR LE TABLEAU DE NAISSANCE		
223	<p>COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2002 : LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE SONT ENREGISTRÉS</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ: L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ</p>									
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2002 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. ALLER A 225									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CATÉGORIES	PASSER À
225	Êtes-vous actuellement enceinte?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 301
226	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.</p> <p>De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER: Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?</p> <p>ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE SPONTANÉMENT. CONTINUER ENSUITE LA COLONNE 301, EN LISANT LE NOM ET DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE 1 NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE ENCERCLÉ À 301, POSER 302.</p>	302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?	
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2 ↘	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2 ↘	Avez-vous eu un partenaire qui a eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmier/ère leur place à l'intérieur	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer, par un médecin ou une infirmière, sous la peau du haut du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
09	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
10	RYTHME Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a le plus de chance de tomber enceinte	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
11	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
12	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules spéciales à n'importe quel moment dans les cinq jours qui suivent des rapports sexuels non protégés, pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
13	MÉTHODES DES JOURS FIXES (MJF), UTILISANT LE COLLIER. La femme peut également connaître les jours du mois où elle a plus de chance de tomber enceinte en utilisant un collier et un calendrier.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
16	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2
303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> "OUI" (N'A JAMAIS UTILISÉ) ↘		AU MOINS UN <input type="checkbox"/> "OUI" (A DÉJÀ UTILISÉ) → 306

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON 2	→ 306
305	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
306	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 309A
307	VÉRIFIER 225: NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 314
308	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 314
309 309A	Quelle méthode utilisez-vous actuellement? ENTOURER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE ENTOURER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H MAMA I RYTHME J RETRAIT K PILULE DE LENDEMAIN L MJF/COLI M MOUSSE/GELÉE N DIAPHRAGME O AUTRE X (PRÉCISER)	→ 311
310	Dans quel établissement a eu lieu la stérilisation? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE REFERENCE .. 11 HÔPITAL DE DISTRICT 12 CENTRE DE SANTÉ 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ... 21 MÉDECIN PRIVÉ 23 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
311	<p>VÉRIFIER 309/309A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 309/309A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	AUCUN CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 MAMA 09 RYTHME 10 RETRAIT 11 PILULE DE LENDEMAIN 12 MJF/COLI 13 GELÉE/M 14 DIAPHRAGME 15 AUTRE MÉTHODE 16	→ 313 → 313 → 313 → 312A → 312A → 313 → 313
312	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser?</p>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE RÉFÉRENCE 11 HÔPITAL DE DISTRIC' 12 CENTRE DE SANTÉ 13 ANIMATEUR DE SANTÉ 14 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER)	
312A	<p>Où avez-vous appris à utiliser la méthode de la MAMA/ rythme?</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ... 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE ARBEF 24 INFIRMIÈRE 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE 31 ÉGLISE 32 AMIS /PARENTS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
313	<p>VÉRIFIER 309/309A:</p> <p>NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ</p> <p>LUI OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ</p>		→ 325
314	<p>VÉRIFIER 225 :</p> <p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE</p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/ autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants ?</p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?</p>	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE 4 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE .. 5	→ 316 → 325 → 321 → 320

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
315	<p>VÉRIFIER 225 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant ?</p> <p>Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS 1 <input type="checkbox"/></p> <p>ANNÉES 2 <input type="checkbox"/></p> <p>BIENTÔT/MAINTENANT 993</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE...994</p> <p>APRÈS MARIAGE 995</p> <p>AUTRE 996 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	<p>→ 320</p> <p>→ 325</p> <p>→ 320</p>
316	<p>VÉRIFIER 225 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		→ 321
317	<p>VÉRIFIER 308 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 325
318	<p>VÉRIFIER 315:</p> <p>PAS POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/></p>		→ 321
319	<p>VÉRIFIER 314 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode?</p> <p>Y-a t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode?</p> <p>Y-a t-il une autre raison ?</p>	<p>NON MARIÉE A</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS .. C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM ... F</p> <p>ALLAITEMENT 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 PERSONNES OPPOSÉES... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE ... N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ... Q</p> <p>TROP CHER R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER S</p> <p>INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS T</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
320	VÉRIFIER 308 UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? PAS POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 325
321	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 323 → 323
322	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 MAMA 09 RYTHME 10 RETRAIT 11 PILULE DE LENDEMAIN 12 MJF/COLLIER 13 GELÉE/MOUSSE 14 DIAPHRAGME 15 AUTRE 96 (PRÉCISER) PAS SÛRE 98	→ 325
323	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans le futur?	NON MARIÉE 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE .. 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ... 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ... 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53 TROP CHER 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ... 55 INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS ... 56 AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	→ 325
324	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
325	<p>VÉRIFIER 216 :</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN 00</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	<p>→ 401</p> <p>→ 401</p>
326	<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>	<p>GARÇONS FILLES N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIER 224: <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2002 OU PLUS TARD</p> <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 2002 OU PLUS TARD	<input type="checkbox"/>	→ ALLEZ À 574
402	VÉRIFIER 215: INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2002 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y EN A PLUS DE 3, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. N° DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/>
404	SELON Q.212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), voulez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , voulez-vous <u>attendre</u> plus tard, ou voulez-vous (<u>ne plus</u>) avoir d'enfant ?	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 435) ← PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 435) ←	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 435) ← PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 435) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS1 <input type="text"/> ANNÉES ..2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS1 <input type="text"/> ANNÉES ..2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS1 <input type="text"/> ANNÉES ..2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN..... A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME/ ASSISTANT MÉDICAL B AUTRE PERSONNE ACC. TRADITION. FORMÉE. C ACC. TRADITION. NON FORMÉE. D AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 414) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
408	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse?</p> <p>Un autre endroit?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE/LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODES APPROPRIÉS.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON ... A AUTRE MAISON ... B</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔP. D'ÉTAT C C. DE SANTÉ D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F MÉDECIN PRIVÉ . G CLINIQUE ARBEF. H INFIRMIÈRE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ J (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>		
409	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
		NE SAIT PAS 98		
410	Durant cette grossesse, combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale?	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
		NE SAIT PAS 98		
411	Est-ce qu'au cours des visites prénatales pour cette grossesse, vous avez effectué, au moins une fois, les examens suivants?			
	Vous-a-t-on pesée ?	POIDS 1 2		
	Vous-a-t-on pris la tension ?	TENSION 1 2		
	Vous a t-on prélevé de l'urine?	URINE 1 2		
	vous a t-on prélevé du sang?	SANG 1 2		
412	Au cours de ces consultations prénatales, est-ce qu'on vous a parlé des signes de complication de la grossesse?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 414) ← NE SAIT PAS 8		
413	Est-ce qu'on vous a dit où aller si vous aviez l'une de ces complications?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8		
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 ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS 8		
415	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
416	VÉRIFIER 415:	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> (PASSER À 421) ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> ↓	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
417	Est-ce qu'à n'importe quel moment avant cette grossesse, on vous a fait des injections contre le tétanos, soit pour vous protéger vous-même soit pour protéger un autre bébé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 421) ← NE SAIT PAS 8		
418	Avant cette grossesse, combien avez-vous reçu d'autres injections contre le tétanos? SI 7 OU PLUS, INSCRIRE '7'.	NBRE INJECTION . <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTRER COMPRIMÉS/SIROP	OUI 1 NON 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris ces comprimés ou ce sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour y voir à la lumière du jour ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
425	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL] ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
425A	Durant cette grossesse, avez-vous eu la fièvre?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 426) ← NE SAIT PAS 8		
425B	De quelle trimestre avez-vous eu la fièvre?	PREMIÈRE 1 DEUXIÈME 2 TROISIÈME 3 NE SAIT PAS 8		
426	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 435) ← NE SAIT PAS 8		
427	Quel médicament avez-vous pris? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ MONTRER DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR A QUARTEM B QUININE C AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z		
428	VÉRIFIER 427: TYPE D'ANTIPALUDÉENS PRIS À TITRE PRÉVENTIF PENDANT LA GROSSESSE.	CODE 'A' CODE ENCERCLÉ A' NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCLERCLÉ (PASSER À 435) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
429	Combien de fois avez-vous pris du (SP/Fansidar) durant cette grossesse?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
430	VÉRIFIER 407: SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE	CODE 'A', AUTRE <input type="text"/> B' OU 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 435) ←		
431	Est-ce qu'on vous a donné du (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans une formation sanitaire ou dans un autre endroit?	VISITE PRÉNATALE... 1 AUTRE VISITE MÉDICALE... 2 AUTRE ENDROIT... 6		
435	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER POUR DÉTERMINER SI AUCUN N'ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME..... B SAGE -FEMME AUXILIAIRE .. C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D PARENTS/AMIS .. E AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROF. SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME..... B SAGE -FEMME AUXILIAIRE .. C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D PARENTS/AMIS .. E AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROF. SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME..... B SAGE -FEMME AUXILIAIRE .. C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D PARENTS/AMIS .. E AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y
436	Où avez-vous accouché de (NOM)? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCELER LE CODE APPROPRIÉ. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ , INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT _____ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICIL . 11 (PASSER À 460) ← AUTRE DOMICIL. 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE RÉFÉ 21 HÔPITAL DU DISTRICT..... 22 CENTRE DE SANTÉ..... 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL CLINIQUE/ PRIVÉ 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 460) ←	DOMICILE VOTRE DOMICIL. 11 (PASSER À 460) ← AUTRE DOMICIL. 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE RÉFÉ 21 HÔPITAL DU DISTRICT..... 22 CENTRE DE SANTÉ..... 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL CLINIQUE/ PRIVÉ 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 460) ←	DOMICILE VOTRE DOMICIL . 11 (PASSER À 460) ← AUTRE DOMICIL. 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DE RÉFÉ 21 HÔPITAL DU DISTRICT..... 22 CENTRE DE SANTÉ..... 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL CLINIQUE/ PRIVÉ 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 460) ←
437	Est-ce la mutuelle qui a payé de votre accouchement de (NOM) ?	OUI 1 NON..... 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON..... 2
460	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 501) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 501) ←	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 501) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
461	Combien de temps après la naissance, avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT . . 000 HOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
462	Dans les 3 jours qui ont suivi sa naissance, est-ce que (NOM) a bu autre chose que le lait maternel?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 464) ←		
463	Qu'a-t-on donné à boire à (NOM)? Rien d'autre? ENREGISTRER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL . . A EAU B EAU SUCRÉE / EAU GLUCOSÉE C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION POUR BÉBÉ G THÉ/INFUSIONS ... H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
464	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 466) ←		
465	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 501) ← NON..... 2		
466	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ALLAITE ENCORE 95 NE SAIT PAS ... 98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ALLAITE ENCORE 95 NE SAIT PAS ... 98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ALLAITE ENCORE 95 NE SAIT PAS ... 98

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION DES FEMMES ET DES ENFANTS

501	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2002 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).													
502	N° DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>						
503	DE 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)			NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)			NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTION. OU SI PLUS DE NAISS. ALLER À 573)						
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU 1 (PASSER À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 508) ← PAS DE CARNET 3			OUI, VU 1 (PASSER À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 508) ← PAS DE CARNET 3			OUI, VU 1 (PASSER À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 508) ← PAS DE CARNET						
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 508) ← NON 2			OUI 1 (PASSER À 508) ← NON 2			OUI 1 (PASSER À 508) ← NON 2						
506	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET. (2) NOTER '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE. (3) SI PLUS DE DEUX DOSES DE VITAMINE 'A', ENREGISTRER LES DATES POUR LA DERNIÈRE ET AVANT-DERNIÈRE DOSES.													
		DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE						
		JOUR MOIS ANNÉE			JOUR MOIS ANNÉE			JOUR MOIS ANNÉE						
	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 0 (À LA NAISSANCE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq/Pentavalent 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		D1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		D1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq/Pentavalent 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		D2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		D2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq/Pentavalent 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		D3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		D3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ROUGEOLE/RRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		ROU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		ROU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VITAMINE A (la plus récente)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		VIT A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		VIT A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VITAMINE A (avant la plus récente)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		VIT A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		VIT A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
507	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur ce carnet, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 0-3, LE Dtcoq/ Pentavalent ET/OU LA RRO/ ROUGEOLE.	OUI 1 (INSISTER SUR ←) LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506) NON 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR ←) LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506) NON 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR ←) LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506) NON 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS 8
508	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS 8
509	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants.			
509A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse généralement une cicatrice?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
509B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS 8
509C	Le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné dans les deux premières semaines après la naissance ou plus tard?	DEUX 1 ^{ère} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{ère} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{ère} SEMAINES 1 PLUS TARD 2
509D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
509E	Le vaccin du Dtcoq/Pentavalent, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée quelquefois en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS 8
509F	Combien de fois le vaccin du DTcoq a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
509G	Une vaccination contre la rougeole ou la RRO, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard pour lui éviter d'avoir la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
512	VÉRIFIER 506: DATE INSCRITE POUR DOSE DE VITAMINE A	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT. A AUTRE <input type="text"/> ↓ (PASSER À 514) ←	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT.A AUTRE <input type="text"/> ↓ (PASSER À 514) ←	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT.A AUTRE <input type="text"/> ↓ (PASSER À 514) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
513	D'après son carnet de santé, (NOM) a reçu une dose de vitamine A (comme celle(s)-ci) en (MOIS ET ANNÉE DE LA DOSE LA PLUS RÉCENTE SELON LE CARNET). Est-ce que (NOM) a reçu une autre dose de vitamine A depuis? MONTRER MODÈLES COURANTS AMPOULES/COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 (PASSER À 515) ← NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 515) ← NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 515) ← NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8
514	Est-ce que (NOM) a déjà reçu une dose de vitamine A (comme celle(s)-ci)? MONTRER MODÈLES COURANTS AMPOULES/COMPRIMÉS/SIROPS.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8
515	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A au cours des six derniers mois?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
516	Au cours des sept derniers jours est-ce que (NOM) a pris des comprimés de fer, des granules, du sirop contenant du fer (comme celui(ceux)-ci)? MONTRER TYPES COURANTS DE COMPRIMÉ, GRANULE, SIROP	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
517	Au cours des six derniers mois, est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre les vers intestinaux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
518	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8
519	Est-ce qu'il y avait du sang dans les selles?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
520	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) durant sa diarrhée, y compris le lait maternel Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
521	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui avez-vous donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui avez-vous rien donné à manger? SI MOINS, INSISTER: lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURI 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURI 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS . . 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURI 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
522	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 527) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 527) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 527) ←
523	Où avez-vous recherché un conseil ou un traitement? Quelque part ailleurs? INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉS(S). SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ C ANIMATEUR DE SANTÉ D AUTRE PUBLIC _____ (PRÉCISER) E SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE G MÉDECIN PRIVÉ . . H CLINIQUE ARBEF I INFIRMIÈRE J AUTRE MÉDICAL PRIVÉ K (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. L GUÉRISSEUR TRA M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ C ANIMATEUR DE SANTÉ D AUTRE PUBLIC _____ (PRÉCISER) E SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE G MÉDECIN PRIVÉ . . H CLINIQUE ARBEF I INFIRMIÈRE J AUTRE MÉDICAL PRIVÉ K (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. L GUÉRISSEUR TRA M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ C ANIMATEUR DE SANTÉ D AUTRE PUBLIC _____ (PRÉCISER) E SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE G MÉDECIN PRIVÉ . . H CLINIQUE ARBEF I INFIRMIÈRE J AUTRE MÉDICAL PRIVÉ K (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. L GUÉRISSEUR TRA M AUTRE _____ X (PRÉCISER)
524	VÉRIFIER 523:	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 526) ←	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 526) ←	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 526) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
525	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement? UTILISER LES CODES Q. 523.	1 ^{er} ENDROI' <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROI' <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROI' <input type="checkbox"/>
526	Combien de jours après le début de la diarrhée, avez-vous commencé à rechercher des conseils ou un traitement pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	JOURS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	JOURS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
527	(NOM) a-t-il encore la diarrhée, en ce moment?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8
528	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire depuis qu'il/elle a la diarrhée? a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] ? b) Liquide SRO en sachet préconditionné c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	OUI NON NSP LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8 SRO LIQUIDE .. 1 2 8 LIQUIDE MAISON .. 1 2 8	OUI NON NSP LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8 SRO LIQUIDE .. 1 2 8 LIQUIDE MAISON .. 1 2 8	OUI NON NSP LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8 SRO LIQUIDE .. 1 2 8 LIQUIDE MAISON .. 1 2 8
529	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8
530	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE... A ANTIMOTILITE . B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE... F PAS ANTIBIOT. . G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES..... J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE... A ANTIMOTILITE . B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE... F PAS ANTIBIOT. . G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES..... J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE... A ANTIMOTILITE . B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE... F PAS ANTIBIOT. . G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES..... J AUTRE _____ X (PRÉCISER)
531	VÉRIFIER 530: A T-ON DONNÉ DU ZINC?	CODE "C" ENCERCLÉ CODE "C" NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 533) ←	CODE "C" ENCERCLÉ CODE "C" NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 533) ←	CODE "C" ENCERCLÉ CODE "C" NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 533) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
532	Combien de fois a t-on donné du zinc à (NOM)?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
533	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
534	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS 8
535	Quand (NOM) était malade avec de la toux respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS 8
536	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait.	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 538) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 538) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 538) ←
537	VÉRIFIER 533: A-T-IL EU DE LA FIÈVRE OU TOUX?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À Q.572)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À Q.572)	OUI <input type="checkbox"/> NO OR DK <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À Q.572)
538	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) pendant qu'il/elle toussait/avait de la fièvre, y compris le lait maternel? Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
539	Quand (NOM) avait de la fièvre/ toussait, lui avez-vous offert à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger? SI MOINS, INSISTER: lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURI 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURI 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURI 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
540	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement quand (NOM) était malade?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 545) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 545) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 545) ←
541	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉ(S). SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ C ANIMATEUR DE SANTÉ D AUTRE PUBLIC _____ (PRÉCISER) E SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ. H INFIRMIÈRE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. K GUÉRISSEUR TRA L _____ AUTRE (PRÉCISER) X	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ C ANIMATEUR DE SANTÉ D AUTRE PUBLIC _____ (PRÉCISER) E SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ. H INFIRMIÈRE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. K GUÉRISSEUR TRA L _____ AUTRE (PRÉCISER) X	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE RÉFÉREN A HÔP. DE DISTRICT B C. DE SANTÉ C ANIMATEUR DE SANTÉ D AUTRE PUBLIC _____ (PRÉCISER) E SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ. H INFIRMIÈRE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT BOUTI./KIOSQUE.. K GUÉRISSEUR TRA L _____ AUTRE (PRÉCISER) X
542	VÉRIFIER 541:	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 544) ←	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 544) ←	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 544) ←
543	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement? UTILISER LES CODES DE Q.541.	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>
544	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous commencé à rechercher un conseil ou traitement pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
545	(NOM) a-t-il encore la fièvre/toux en ce moment?	FIÈVRE SEULI..... 1 TOUX SEULE ... 2 FIÈVRE ET TOUX 3 NI L'UNE, NI L'AUTRE 4 NE SAIT PAS ... 8	FIÈVRE SEULI..... 1 TOUX SEULE ... 2 FIÈVRE ET TOUX 3 NI L'UNE, NI L'AUTRE 4 NE SAIT PAS ... 8	FIÈVRE SEULI..... 1 TOUX SEULE ... 2 FIÈVRE ET TOUX 3 NI L'UNE, NI L'AUTRE 4 NE SAIT PAS ... 8
546	Est-ce que pendant la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour se soigner?	OUI 1 NON 2 ALLER À Q.572) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 ALLER À Q.572) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 ALLER À Q.572) ← NE SAIT PAS . 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
547	Quel médicament (NAME) a-t-il pris? Pas d'autres médicaments? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A QUININE B QUARTEM C PRIMO D AUTRE ANTI-PALUDÉEN E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIRO F INJECTION ... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETA-MINOPHEN ... I IBUPROFEN ... J AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR .. A QUININE B QUARTEM C PRIMO D AUTRE ANTI-PALUDÉEN E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIRO F INJECTION ... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETA-MINOPHEN .. I IBUPROFEN ... J AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A QUININE B QUARTEM C PRIMO D AUTRE ANTI-PALUDÉEN E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIRO F INJECTION ... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETA-MINOPHEN ... I IBUPROFEN ... J AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z
548	VÉRIFIER 547: Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ALLER À 572)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ALLER À 572)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ALLER À 572)
549	Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDICAMENT DE Q.547) à la maison quand l'enfant est tombé malade? DEMANDER SÉPARÉMENT POUR CHAQUE MÉDICAMENT PRIS PAR L'ENFANT ET ENREGISTRÉ À Q.547 AUX CODES "A"- "E". SI OUI POUR UN MÉDICAMENT, ENCERCLER LE CODE POUR CE MÉDICAMENT. SI NON POUR TOUS LES MÉDICAMENTS, ENCERCLER 'Y'.	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A QUININE B QUARTEM C PRIMO D AUTRE ANTI-PALUDÉEN E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS /SIROP F PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON Y	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A QUININE B QUARTEM C PRIMO D AUTRE ANTI-PALUDÉEN E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS /SIROP F PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON Y	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A QUININE B QUARTEM C PRIMO D AUTRE ANTI-PALUDÉEN E (PRÉCISER) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS /SIROP F PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON Y
569	VÉRIFIER 547: A-T-ON DONNÉ UN AUTRE ANTIPALUDÉEN ('D')?	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ALLER À 572)	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ALLER À 572)	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ALLER À 572)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
570	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDÉEN)?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE . . 4 NE SAIT PAS . . . 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE . . 4 NE SAIT PAS . . . 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE . . 4 NE SAIT PAS . . . 8
571	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (UN AUTRE ANTI-PALUDÉEN)? SI 7 JOURS OU PLUS INSCRIRE 7.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . 8
572	Est-ce que (NOM) a est couvert par la mutuelle quand il tombe malade et que vous l'amenez à un établissement de soins ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
573		RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, FIN DE L'INTERVIEW 	RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, FIN DE L'INTERVIEW	RETOURNER À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, FIN DE L'INTERVIEW
574	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/>		

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE: _____ DATE: _____

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____

