

ANNEXE D. QUESTIONNAIRES

ENQUÊTE DE BASE POUR PIVOT - IFANADIANA QUESTIONNAIRE MÉNAGE

MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION											
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____											
NUMÉRO DE LA GRAPPE _____											
NUMÉRO DU MÉNAGE _____											
NOM DE LA COMMUNE _____											

VISITES D'ENQUÊTEURS												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
NOM DEL' ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	2	0	1	4				
2	0	1	4									
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		CODE ENQU. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
DATE HELPE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
*CODES RÉSULTAT:				NUMÉRO TOTAL DE VISITES <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
1 REFIU				TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTE CONVÉNIANT À LA MAISON AU MOMENT DE LA VISITE				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE				TOTAL HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
4 DIFFÉRÉ				N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTE POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
5 REUSÉ												
6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE												
7 LOGEMENT DÉTRUIT												
8 LOGEMENT NON TROUVÉ												
9 AUTRE _____ (PRÉCISER)												

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SABSI PAP																				
NOM _____ <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							NOM _____ <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				

TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE. POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ? SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. Age en année révolue	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ? 1= MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2= DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3= VEUF 4= JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCER- CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15- 49 ANS	ENCER- CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15- 49 ANS	ENCER- CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNEES <input type="text"/>	<input type="text"/>	01	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	10	10

1. CODES POUR Q. 3 : FATORA-PIHAVANANA @ LOHA-TOKANTRANO

2. CODES POUR Q. 8 : TOE-PANAMBADIANA

01= CHEF DE MÉNAGE
02= FEMME OU MARI
03= FILS OU FILLE
04= GENDRE/BELLE-FILLE
05= PETIT-FILS/FILLE
06= PÈRE/MÈRE
07= BEAUX-PARENTS

08= FRÈRE OU SOEUR
09= AUTRE PARENT
10= ADOPTÉ/EN GARDE/
ENFANT DE LA FEMME/MARI
11= SANS PARENTÉ
98= NE SAIT PAS

1= MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE
2= DIVORCÉ/SÉPARÉ
3= VEUF/VEUVE
4= JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU
AVEC QUELQU'UN

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS		SI AGE DE 5-24 ANS		SI AGE 0-4 ANS
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		ENREGISTRE- MENT DES NAISSANCES
	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	La mère biologique de (NOM) est- elle en vie ?	Si en vie, est ce qu'elle habite dans le ménage, ou est-ce qu'elle a passé la nuit dernière dans le ménage?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Si en vie, est ce qu'il habite dans le ménage, ou est-ce qu'il a passé la nuit dernière dans le ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIVEZ LEN° DE LIGNE DU PÈRE. SINON, INSCRIVEZ '00'.	(NOM) a-t-elle déjà fréquenté é l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? VOIR CODES CI-DESSOUS Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a t-il /elle fréquenté é l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2012- 2013) ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) a t-elle un certificat de naissance ? SI NON, INSISTEZ. La naissance de (NOM) a t- elle été enregistrée à l'état civil ? 1 = A UN CERTIFICAT 2 = ENRE- GISTRÉE 3 = NIL'UN, NIL'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
02	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
03	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
04	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
05	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
06	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
07	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
08	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
09	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
10	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

3. CODES POUR Q.12 : FILAZA-PAHATERAHANA

- 1 = A UN CERTIFICAT
- 2 = ENREGISTRÉE
- 3 = NIL'UN, NIL'AUTRE
- 8 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
			ÉTAT MATRIMONIAL	9	10	11					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
11		<input type="checkbox"/>	M F 1 2	O n 1 2	O N 1 2	ANNÉES <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	11	11	
12		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	12	12	
13		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	13	13	
14		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	14	14	
15		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	15	15	
16		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	16	16	
17		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	17	17	
18		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	18	18	
19		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	19	19	
20		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	20	20	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

2A) Juste pour être sûre que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés?

OUI

AJOUTER AU TABLEAU

NON

2B) Ya-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?

OUI

AJOUTER AU TABLEAU

NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés?

OUI

AJOUTER AU TABLEAU

NON

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS		SI AGE DE 5-24 ANS		SI AGE 0-4 ANS
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		ENREGISTRE- MENT DES NAISSANCES
	12	13	14	15	16	17	18	19	20
11	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	0 N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU- CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	1 2 8 ↓ ALLEZ A 14	<input type="checkbox"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ A 16	<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↓ LIGNE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1	SECONDAIRE 2	SUPERIEUR
	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHÉVÉE			
CLASSE	T1 /11ème /CP1 = 1 T2 /10ème /CP2 = 2 T3 /9ème / CE = 3 T4 /8ème /CM1 = 4 T5 /7ème /CM2 = 5 NSP = 8	T6 = 6ème = 1 T7 = 5ème = 2 T8 = 4ème = 3 T9 = 3ème = 4 NSP = 8	T10 = 2nd = 1 T11 = 1ère = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou += 5 NSP = 8

SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE 12 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE 13 PUIITS À POMPE OU FORAGE 21 PUIITS CREUSÉ PUIITS PROTÉGÉ 31 PUIITS NON PROTÉGÉ 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42 EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRES/BARRAGES/ LACS/MARES/FLEUVES/CANAU X D'IRRIGATION 81 EAU EN BOUTEILLE 91 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
102	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	LA FAIRE BOUILLIR A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE B LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE C UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ ETC.) D DÉSINFECTION SOLAIRE E LA LAISSER REPOSER F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Y (NON / NE FAIT RIEN) Z	
103	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?	CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE 12 À UNE FOSSE D'AI SANCES 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE 14 À NE SAIT PAS OÙ 15 FOSSE D'AI SANCES FOSSES D'AI SANCES AMÉLIORÉE AUTO-AÉRÉE 21 FOSSES D'AI SANCES AVEC DALLE 22 FOSSES D'AI SANCES SANS DALLE/ TROU OUVÉRT 23 TOILETTES À COMPOSTAGE 31 SEAU/TINETTE 41 TOILETTES/LA TRINES SUSPENDUES 51 PAS DE TOILETTES/NATURE 61 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

104	Dans ce ménage, avez-vous : L'électricité ? Un poste radio ? Une télévision ? Un téléphone portable ? Un téléphone fixe ? Un réfrigérateur ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICITÉ</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE PORTABLE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE FIXE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ELECTRICITÉ	1	2	RADIO	1	2	TELEVISION	1	2	TELEPHONE PORTABLE	1	2	TELEPHONE FIXE	1	2	REFRIGERATEUR	1	2																	
	OUI	NON																																						
ELECTRICITÉ	1	2																																						
RADIO	1	2																																						
TELEVISION	1	2																																						
TELEPHONE PORTABLE	1	2																																						
TELEPHONE FIXE	1	2																																						
REFRIGERATEUR	1	2																																						
105	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>DANS LA MAISON</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>UNE PIECE SEPARÉE DANS LA MAISON</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>À L'EXTÉRIEUR (dans la cour)</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </tbody> </table>	DANS LA MAISON	1	UNE PIECE SEPARÉE DANS LA MAISON	2	DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ	3	À L'EXTÉRIEUR (dans la cour)	4	AUTRE _____	6	(PRÉCISEZ)																											
DANS LA MAISON	1																																							
UNE PIECE SEPARÉE DANS LA MAISON	2																																							
DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ	3																																							
À L'EXTÉRIEUR (dans la cour)	4																																							
AUTRE _____	6																																							
(PRÉCISEZ)																																								
106	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td colspan="2">MATÉRIAU NATUREL</td> </tr> <tr> <td>TERRE/SABLE</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>BOUSE</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</td> </tr> <tr> <td>NATTES</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>BAMBOU</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>PLANCHES EN BOIS</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>CARTON</td> <td style="text-align: right;">24</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MATÉRIAU ÉLABORÉ</td> </tr> <tr> <td>TÔLE</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> <tr> <td>BOIS</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> <tr> <td>ZINC/FIBRE DE CIMENT</td> <td style="text-align: right;">33</td> </tr> <tr> <td>TUILES</td> <td style="text-align: right;">34</td> </tr> <tr> <td>CIMENT</td> <td style="text-align: right;">35</td> </tr> <tr> <td>SHINGLES</td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </tbody> </table>	MATÉRIAU NATUREL		TERRE/SABLE	11	BOUSE	12	MATÉRIAU RUDIMENTAIRE		NATTES	21	BAMBOU	22	PLANCHES EN BOIS	23	CARTON	24	MATÉRIAU ÉLABORÉ		TÔLE	31	BOIS	32	ZINC/FIBRE DE CIMENT	33	TUILES	34	CIMENT	35	SHINGLES	36	AUTRE _____	96	(PRÉCISEZ)					
MATÉRIAU NATUREL																																								
TERRE/SABLE	11																																							
BOUSE	12																																							
MATÉRIAU RUDIMENTAIRE																																								
NATTES	21																																							
BAMBOU	22																																							
PLANCHES EN BOIS	23																																							
CARTON	24																																							
MATÉRIAU ÉLABORÉ																																								
TÔLE	31																																							
BOIS	32																																							
ZINC/FIBRE DE CIMENT	33																																							
TUILES	34																																							
CIMENT	35																																							
SHINGLES	36																																							
AUTRE _____	96																																							
(PRÉCISEZ)																																								
107	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td colspan="2">MATÉRIAU NATUREL</td> </tr> <tr> <td>PAS DE TOIT</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>CHAUME/PALMES/FEUILLES</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>MOTTES DE TERRE</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</td> </tr> <tr> <td>NATTES</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>BAMBOU</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>PLANCHES EN BOIS</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>CARTON</td> <td style="text-align: right;">24</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MATÉRIAU ÉLABORÉ</td> </tr> <tr> <td>TÔLE</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> <tr> <td>BOIS</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> <tr> <td>ZINC/FIBRE DE CIMENT</td> <td style="text-align: right;">33</td> </tr> <tr> <td>TUILES</td> <td style="text-align: right;">34</td> </tr> <tr> <td>CIMENT</td> <td style="text-align: right;">35</td> </tr> <tr> <td>SHINGLES</td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </tbody> </table>	MATÉRIAU NATUREL		PAS DE TOIT	11	CHAUME/PALMES/FEUILLES	12	MOTTES DE TERRE	13	MATÉRIAU RUDIMENTAIRE		NATTES	21	BAMBOU	22	PLANCHES EN BOIS	23	CARTON	24	MATÉRIAU ÉLABORÉ		TÔLE	31	BOIS	32	ZINC/FIBRE DE CIMENT	33	TUILES	34	CIMENT	35	SHINGLES	36	AUTRE _____	96	(PRÉCISEZ)			
MATÉRIAU NATUREL																																								
PAS DE TOIT	11																																							
CHAUME/PALMES/FEUILLES	12																																							
MOTTES DE TERRE	13																																							
MATÉRIAU RUDIMENTAIRE																																								
NATTES	21																																							
BAMBOU	22																																							
PLANCHES EN BOIS	23																																							
CARTON	24																																							
MATÉRIAU ÉLABORÉ																																								
TÔLE	31																																							
BOIS	32																																							
ZINC/FIBRE DE CIMENT	33																																							
TUILES	34																																							
CIMENT	35																																							
SHINGLES	36																																							
AUTRE _____	96																																							
(PRÉCISEZ)																																								
108	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTERIEURS ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td colspan="2">MATERIAU NATUREL</td> </tr> <tr> <td>PAS DE MUR</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>BAMBOU/CANE/PALME/TRONC</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>TERRE</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MATERIAU RUDIMENTAIRE</td> </tr> <tr> <td>BAMBOU AVEC BOUE</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>PIERRES AVEC BOUE</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>A DOBE NON RECOUVERT</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>CONTRE-PLAQUE</td> <td style="text-align: right;">24</td> </tr> <tr> <td>CARTON</td> <td style="text-align: right;">25</td> </tr> <tr> <td>BOIS DE RECUPERATION</td> <td style="text-align: right;">26</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MATERIAU ELABORE</td> </tr> <tr> <td>CIMENT</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> <tr> <td>PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> <tr> <td>BRIQUES</td> <td style="text-align: right;">33</td> </tr> <tr> <td>BLOCS DE CIMENT</td> <td style="text-align: right;">34</td> </tr> <tr> <td>A DOBE RECOUVERT</td> <td style="text-align: right;">35</td> </tr> <tr> <td>PLANCHE EN BOIS/SHINGLES</td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> </tbody> </table>	MATERIAU NATUREL		PAS DE MUR	11	BAMBOU/CANE/PALME/TRONC	12	TERRE	13	MATERIAU RUDIMENTAIRE		BAMBOU AVEC BOUE	21	PIERRES AVEC BOUE	22	A DOBE NON RECOUVERT	23	CONTRE-PLAQUE	24	CARTON	25	BOIS DE RECUPERATION	26	MATERIAU ELABORE		CIMENT	31	PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT	32	BRIQUES	33	BLOCS DE CIMENT	34	A DOBE RECOUVERT	35	PLANCHE EN BOIS/SHINGLES	36	AUTRE _____	96
MATERIAU NATUREL																																								
PAS DE MUR	11																																							
BAMBOU/CANE/PALME/TRONC	12																																							
TERRE	13																																							
MATERIAU RUDIMENTAIRE																																								
BAMBOU AVEC BOUE	21																																							
PIERRES AVEC BOUE	22																																							
A DOBE NON RECOUVERT	23																																							
CONTRE-PLAQUE	24																																							
CARTON	25																																							
BOIS DE RECUPERATION	26																																							
MATERIAU ELABORE																																								
CIMENT	31																																							
PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT	32																																							
BRIQUES	33																																							
BLOCS DE CIMENT	34																																							
A DOBE RECOUVERT	35																																							
PLANCHE EN BOIS/SHINGLES	36																																							
AUTRE _____	96																																							

109	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :		
		OUI NON	
	Une montre ?	MONTRE 1 2	
	Une bicyclette ?	BICYCLETTE 1 2	
	Une motocyclette ou un scooter ?	MOTOCYCLETTE/SCOOTER 1 2	
	Une charrette tirée par un animal ?	CHARRETTE AVEC ANIMAL 1 2	
	Une voiture ou une camionnette ?	VOITURE/CAMIONNETTE 1 2	
	Un bateau à moteur ?	BATEAU À MOTEUR 1 2	
111	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI 1 NON 2	→ 113
112	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?	NOMBRE D'HECTARES ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	95 HECTARES OU PLUS 950	
		NE SAIT PAS 998	
113	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI 1 NON 2	→ 115
114	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'.		
	Bétail ?	BÉTAIL <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Vaches laitières ou taureaux ?	VACHES/TAUREAUX <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Chevaux, ânes ou mules ?	CHEVAUX/ÂNES/MULES <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Chèvres, moutons ?	CHÈVRES <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Volailles (Poulets; cane, oie, dindon,... ?	VOLAILLES <input type="text"/> <input type="text"/>	
115	Est-ce que votre ménage (a) possède des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI 1 NON 2	→ 126
116	Combien de moustiquaires votre ménage (a) possède-t-il ? SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>	

N°		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
117	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2
118	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98
119	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ UNE PHOTO D'UNE MOUSTIQUAIRE COURANTE À L'ENQUÊTÉ	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) OLY SET 11 PERMANET 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY 14 TSARALAY 15 INTERCEPTOR 16 AUTRE/ NSP MARQUE 17 (PASSER À 124) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ- TRAITÉE' TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 121) ← AUTRE 31 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) OLY SET 11 PERMANET 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY 14 TSARALAY 15 INTERCEPTOR 16 AUTRE/ NSP MARQUE 17 (PASSER À 124) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ- TRAITÉE' TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 121) ← AUTRE 31 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) OLY SET 11 PERMANET 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY 14 TSARALAY 15 INTERCEPTOR 16 AUTRE/ NSP MARQUE 17 (PASSER À 124) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ- TRAITÉE' TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 121) ← AUTRE 31 NSP MARQUE 98
120	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8
121	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 123) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 123) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 123) ← PAS SÛR 8
122	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ? SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98
123	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous la moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 125) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 125) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 125) ← PAS SÛR 8

124	Qui a dormi sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
125		RETOURNEZ À 117 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ A 126	RETOURNEZ À 117 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ A 126	RETOURNEZ À 117 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ A 126
126	Montrez-moi, s'il vous plaît, où les membres du ménage se lavent le plus souvent les mains.	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT/COUR/PARCELLE 2 NON OBSERVÉ, PAS DE PERMISSION POUR VÉRIFIER 3 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON 4 (PASSER À 129) ←		
127	OBSERVATION SEULEMENT : OBSERVEZ LA DISPONIBILITÉ D'EAU À L'ENDROIT OÙ LES MEMBRES DU MÉNAGE SE LAVENT LES MAINS.	EAU DISPONIBLE 1 EAU NON DISPONIBLE 2		
128	OBSERVATION SEULEMENT : OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON, DÉTERGENT OU AUTRE PRODUIT POUR SE LAVÉ.	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) A CENDRE, BOUE, SABLE, FEUILLE B AUCUN C		

SECTION 2 : SANTE ET BIEN-ÊTRE

Maintenant nous voudrions quelques informations sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui restent avec vous maintenant

N° Ligne	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	Maladie/ blessure	Genre de maladie ou blessure							Conséquences		
			Est-ce que [NOM] a été malade ou blessé durant les dernier 4 semaines? 1=OUI 2=NON	Est-ce que [NOM] a souffert du paludisme?	Est-ce que [NOM] a souffert de la diarrhée?	Est-ce que [NOM] a souffert d'un accident ou d'une blessure?	Est-ce que [NOM] a souffert d'un problème dentaire?	Est-ce que [NOM] a souffert d'un problème d'oeil?	Est-ce que [NOM] a souffert d'un problème aux oreilles nez/à la gorge	Est-ce que [NOM] a souffert d'autres problèmes	Est-ce que [NOM] a manqué le travail ou l'école du fait de la maladie ou blessure?	Si OUI, combien de jours?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	
F01		OUI NON 1 2 LIG SUIV ↙	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2 LIG SUIV ↙	Nb Jours <input type="text"/>
F02		1 2 NEXT LINE ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F03		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F04		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F05		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F06		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F07		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F08		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F09		1 2 NEXT LINE ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F10		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F11		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F12		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F13		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>
F14		1 2 LIG SUIV ↙	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2 LIG SUIV ↙	<input type="text"/>

SECTION 3 : POIDS, TAILLE DES ENFANTS DE 0-5 ANS

301	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0- 5 ANS À Q.302. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
302	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
303	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
304	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2009 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 303 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 401)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 303 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 401)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 303 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 401)
305	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
306	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
307	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
308	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 303 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 401) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 303 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 401) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 303 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 401) PLUS ÂGÉ 2
309	RETOURNEZ À Q.303 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL NY A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 401.			

SECTEUR 4 : POIDS ET TAILLE POUR LES FEMMES DE 15-49 ANS

401	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À LA QUESTION 402. (S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
402	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 9 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
403	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
404	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996

SECTEUR 4 : POIDS ET TAILLE POUR LES HOMMES DE 15-49 ANS

401	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES HOMMES ÉLIGIBLES À LA QUESTION 402. (S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 2
402	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 10 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
403	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
404	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996

ENQUÊTE DE BASE POUR PIVOT-IFANADIANA
QUESTIONNAIRE FEMME

MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION													
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>												
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____													
NUMÉRO DE GRAPPE													
NUMÉRO DU MÉNAGE													
NOM DE LA COMMUNE													
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME													

VISITES D'ENQUÊTEUR																
	1	2	3	VISITE FINALE												
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>4</td></tr></table>									2	0	1	4
2	0	1	4													
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	N° ENQUÊT. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT <table border="1"><tr><td></td></tr></table>												
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1"><tr><td></td></tr></table>												
* CODES RÉSULTAT : 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISEZ)																

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR								
NOM _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour L'INSTAT. Nous effectuons une enquête sur la santé dans le district d'IFANADIANA. Les informations que nous collectons aideront les responsables concernés à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉE A ACCEPTÉ D'ÊTRE INTERVIEWÉE 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE 2 → FIN

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
101	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNEE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	AGE EN ANNEES REVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHÉVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	

NIVEAU D'ÉDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1	SECONDAIRE 2	SUPERIEUR
	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHÉVÉE			
CLASSE	T1/11ème /CP1=1 T2 /10ème /CP2 = 2 T3 /9ème / CE = 3 T4 /8ème /CM1=4 T5 /7ème /CM2 = 5 NSP = 8	T6 = 6ème = 1 T7 = 5ème = 2 T8 = 4ème = 3 T9 = 3ème = 4 NSP = 8	T10 = 2nd = 1 T11 = 1ère = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou += 5 NSP = 8

211. Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1^{ère}.
 INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE).

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE :	218 SI EN VIE :	219 SI EN VIE :	220 SI DÉCÉDÉ :	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? INSCRIVEZ LE NOM. N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ? INSCRIVEZ LE NOM. N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ? SI '1AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ 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 qui sont décédés après la nais-
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS NON ... 2 NAISS SUIVANTE
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS NON ... 2 NAISS SUIVANTE
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS NON ... 2 NAISS SUIVANTE
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS NON ... 2 NAISS SUIVANTE
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS NON ... 2 NAISS SUIVANTE
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS NON ... 2 NAISS SUIVANTE

08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS. <input type="text"/> NON ... 2 NAISS. <input type="text"/> SUIVANTE
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS. <input type="text"/> NON ... 2 NAISS. <input type="text"/> SUIVANTE
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS. <input type="text"/> NON ... 2 NAISS. <input type="text"/> SUIVANTE
11	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS. <input type="text"/> NON ... 2 NAISS. <input type="text"/> SUIVANTE
12	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 AJOUTEZ NAISS. <input type="text"/> NON ... 2 NAISS. <input type="text"/> SUIVANTE
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.					OUI 1 NON 2			
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ)								
224	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2009 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0 → 301			

SECTION 3 . GROSSESSE ET SOINS POSTNATAUX

301	VÉRIFIEZ 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	701	
302	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2009 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
303	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.
304	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ DÉ DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ DÉ DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ DÉ DÉ
305	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals quand vous étiez enceinte de [NOM] ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 313) ↓		
306	Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME B SAGE-FEMME AUXILIAIRE ... C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
307	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTER- MINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MAISON VOTRE MAISON A AUTRE MAISON B SECTEUR PUBLIC CHU C CHRR D CHDI / CHDI E CSBI / CSB II F AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ G (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ, _____ I (PRÉCISEZ) AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

308	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
309	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
310	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois ? Vous a-t-on pesé ? Vous a-t-on pris la tension ? Vous a-t-on prélevé de l'urine ? Vous a-t-on prélevé du sang ?	OUI NON POIDS 1 2 TENSION 1 2 URINE 1 2 SANG 1 2		
311	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 313) ← NE SAIT PAS 8		
312	Vous a-t-on dit où aller si vous aviez une de ces complications (de ces signes) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
313	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
314	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 316) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 316) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 316) ← NE SAIT PAS 8
315	Combien (NOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
316	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME B SAGE-FEMME AUXILIAIRE C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION D AM/PARENTS E AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME B SAGE-FEMME AUXILIAIRE C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION D AM/PARENTS E AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME B SAGE-FEMME AUXILIAIRE C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION D AM/PARENTS E AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y

317	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON ^{#11} (PASSEZ À 321) ←</p> <p>AUTRE MAISON ^{#12}</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU^{#21} CHRR^{#22} CHDI / CHDI^{#23} CSBI / CSB II^{#24}</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC^{#26} (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ^{#31} AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ³⁶ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE⁹⁶ (PRÉCISEZ) ↓ (PASSEZ À 321) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON ^{#11} (PASSEZ À 324) ←</p> <p>AUTRE MAISON ^{#12}</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU^{#21} CHRR^{#22} CHDI / CHDI^{#23} CSBI / CSB II^{#24}</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC^{#26} (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ^{#31} AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ³⁶ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE⁹⁶ (PRÉCISEZ) ↓ (PASSEZ À 324) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON ^{#11} (PASSEZ À 324) ←</p> <p>AUTRE MAISON ^{#12}</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU^{#21} CHRR^{#22} CHDI / CHDI^{#23} CSBI / CSB II^{#24}</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC^{#26} (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ^{#31} AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ³⁶ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE⁹⁶ (PRÉCISEZ) ↓ (PASSEZ À 324) ←</p>
318	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
319	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 (PASSEZ À 322) ←</p> <p>NON 2</p>		
320	<p>Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 (PASSEZ À 322) ←</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 324) ←</p>		
321	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 324) ←</p>		
322	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE ... 13</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... 22</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>		

323	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>						
324	<p>Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 328) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>						
325	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HRS APRES NAIS. ... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JRS APRES NAIS. ... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEM. APRES NAIS. ... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>						
326	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE ... 13</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./VILLAGE ... 22</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>						
327	<p>Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC CHU 21 CHRR 22 CHDI / CHDII 23 CSBI / CSB II 24</p> <p>AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>						
328	<p>Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/une de celles-)</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/GÉLULES/SIROP.</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>						

329	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON 2 PASSER A 333 ←	OUI 1 NON 2 PASSER A 333 ←	OUI 1 NON 2 PASSER A 333 ←									
330	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											
331	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 333) ←											
332	Qu'a t-on donné a boire à (NOM) ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ E JUS DE FRUIT ... F LAIT EN Poudre POUR BÉBÉ ... G THÉ/INFUSIONS ... H CAFÉ I MIEL J AUTRE X (PRÉCISEZ)											
333	VÉRIFIEZ 304 : L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 304 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 401)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 304 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 401)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 304 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ À 01)									
334	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2											
335	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8									
336		(RETOURNEZ À 304 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 401)	(RETOURNEZ À 304 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 401)	(RETOURNEZ À 304 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ A 401)									

SECTION 4. VACCINATIONS DES ENFANTS ET SANTÉ

401	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2009 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																																																						
402	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																			
403	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 403 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 452)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 403 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 452)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 403 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 452)																																																																																																																																			
404	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU 1 (PASSEZ À 406) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 409) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 406) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 409) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 406) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 409) ← PAS DE CARNET 3																																																																																																																																			
405	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour	OUI 1 (PASSEZ À 409) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 409) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 409) ← NON 2																																																																																																																																			
406	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.																																																																																																																																						
DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE		AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE																																																																																																																																			
BCG POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE) POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DTCoq 1 DTCoq 2 DTCoq 3 ROUGEOLE VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																													<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																													<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																												
407	VÉRIFIEZ 406 : BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 411)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 411)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 411)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 411)																																																																																																																																			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____		NOM _____	
408	(NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 406 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 406). (PASSEZ À 411) ← NON 2 (PASSEZ À 411) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 406). (PASSEZ À 411) ← NON 2 (PASSEZ À 411) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 406). (PASSEZ À 411) ← NON 2 (PASSEZ À 411) ← NE SAIT PAS 8			
409	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 411) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 411) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 411) ← NE SAIT PAS 8			
410	Dites-moi si (NOM) a eu l'un des vaccins suivants :						
410A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ? (5)	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8			
410B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 410E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 410E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 410E) ← NE SAIT PAS 8			
410C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2			
410D	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"/>			
410E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 410G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 410G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 410G) ← NE SAIT PAS 8			
410F	Combien de fois le vaccin du DTCoq a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>			
410G	Le vaccin contre la rougeole ou le ROR, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter 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			

411	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/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
412	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui- MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
413	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
414	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 425) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 425) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 425) ← NE SAIT PAS 8
415	Y avait-il 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
416	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	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
417	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 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 NOURRITURE 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 NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
418	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 422) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 422) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 422) ←

<p>419</p> <p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU A CHRR B CHDI / CHDII C CSBI / CSB II D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ G (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU A CHRR B CHDI / CHDII C CSBI / CSB II D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ G (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU A CHRR B CHDI / CHDII C CSBI / CSB II D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ G (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU A CHRR B CHDI / CHDII C CSBI / CSB II D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ G (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
<p>420</p> <p>VÉRIFIEZ 419 :</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS ENCR- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 422) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS ENCR- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 422) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS ENCR- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 422) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS ENCR- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 422) ←</p>
<p>421</p> <p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 419.</p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>
<p>422</p> <p>Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ?</p> <p>b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ? (11)</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>

423	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 425) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 425) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 425) ← NE SAIT PAS 8
424	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIOT G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMIÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES J AUTRE X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIOT G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMIÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES J AUTRE X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIOT G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMIÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES J AUTRE X (PRÉCISEZ)
425	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 427) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 427) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 427) ← NE SAIT PAS 8
426	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
427	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS 8
428	Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 431) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 431) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 431) ← NE SAIT PAS 8
429	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 431) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 431) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 431) ←

430	<p>VÉRIFIEZ 425 :</p> <p>A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?</p>	<p>OUI NON OU NSP</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501)</p>	<p>OUI NON OU NSP</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501)</p>	<p>OUI NON OU NSP</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 403 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 501)</p>
431	<p>Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t- on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8</p>
432	<p>Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t- on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8</p>
433	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 437) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 437) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 437) ←</p>

<p>434</p> <p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU A CHRR B CHDI / CHDII C CSBI / CSB II D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ G (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU A CHRR B CHDI / CHDII C CSBI / CSB II D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ G (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU A CHRR B CHDI / CHDII C CSBI / CSB II D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ G (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE N PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>
<p>435</p> <p>VÉRIFIEZ 434 :</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 437) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 437) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 437) ←</p>
<p>436</p> <p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 434.</p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>
<p>437</p> <p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (RETOURNEZ À 403 À COL. SUIVANTE; OU, SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 501) NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (RETOURNEZ À 403 À COL. SUIVANTE; OU, SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 501) NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 403 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 501). NE SAIT PAS 8</p>

438	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ F (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G INJECTION ... H AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE I ACETA-MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ F (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G INJECTION ... H AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE I ACETA-MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ F (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G INJECTION ... H AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE I ACETA-MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
439	VÉRIFIEZ 438 : Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 403 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501).	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501).	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 403 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 501).
440	VÉRIFIEZ 438 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 442)	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 442)	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 442)
441	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la (SP/Fansidar) ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8

442	VÉRIFIEZ 438 : CHLOROQUINE ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 444)	CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 444)	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 444)	CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 444)
443	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
444	VÉRIFIEZ 438 : AMODIAQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 446)	CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 446)	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 446)	CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 446)
445	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
446	VÉRIFIEZ 438 : QUININE ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 448)	CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 448)	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 448)	CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 448)
447	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
448	VÉRIFIEZ 438 : COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE ('E') DONNÉE	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 450)	CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 450)	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 450)	CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 450)

449	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
450	VÉRIFIEZ 438 : AUTRE ANTIPALUDÉEN ('F') DONNÉ	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 03 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501)	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501)	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 403 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501)
451	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
452		RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501.	RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501.	ALLEZ À 403 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 501.

SECTION 5. ALLAITEMENT ET NUTRITION

501	<p>VÉRIFIER 215 et 218: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2009 OU PLUS TÂ</p> <p align="center">UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>ECRIRE LE NOM DU PLUS JEUNE ENFANT (LE DERNIER NE)</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">NOM</p>	601																																																																															
502	<p>VÉRIFIER 329: Avez-vous allaité [NOM]?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	601																																																																															
503	<p>VÉRIFIER 333: [NOM] est-il encore en vie?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	601																																																																															
504	<p>VÉRIFIER 334: [NOM] est-ill encore allaité?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	601																																																																															
505	<p>Est-ce que [NOM à Q. 501] a bu ou mangé hier durant le jour ou la nuit ?:</p> <p>De l'eau ?</p> <p>Préparation artificielle vendue en commerce pour bébé ?</p> <p>Tout type de céréales pour bébé, comme Cerelac ?</p> <p>Autre bouillie ou semoule ?</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>PRÉPARATION</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>CÉRÉALES POUR BÉBÉS</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>AUTRE BOUILLIE/SEMOULE ..</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	EAU	1	2	8	PRÉPARATION	1	2	8	CÉRÉALES POUR BÉBÉS	1	2	8	AUTRE BOUILLIE/SEMOULE ..	1	2	8																																																											
	OUI	NON	NSP																																																																														
EAU	1	2	8																																																																														
PRÉPARATION	1	2	8																																																																														
CÉRÉALES POUR BÉBÉS	1	2	8																																																																														
AUTRE BOUILLIE/SEMOULE ..	1	2	8																																																																														
506	<p>Je voudrais maintenant vous demander quels sont les (autres) liquides ou aliments que (NOM ENFANT à 501) a consommé hier durant le jour ou la nuit, même si votre enfant a consommé cet aliment mélangé à</p> <p>Est-ce que [NOM] a bu ou mangé :</p> <p>a) du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?</p> <p>b) du thé ou du café ?</p> <p>c) d'autres liquides ?</p> <p>d) du pain, du riz, des pâtes ou d'autres aliments à base de céréales ?</p> <p>e) des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?</p> <p>f) des pommes de terres, ignames blanches, manioc, autres aliments préparés à base de racines ?</p> <p>g) des légumes à feuilles vertes ?</p> <p>h) des mangues ou des papayes ?</p> <p>i) d'autres fruits ou légumes ?</p> <p>j) du foie, rein, cœur ou autres abats ?</p> <p>k) de la viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet ou du canard ?</p> <p>l) des œufs ?</p> <p>m) du poisson frais ou séché ou des crustacés ?</p> <p>n) des aliments préparés à base de haricots, de pois, de lentilles ou de noix ?</p> <p>o) du fromage, du yaourt ou autres produits laitiers ?</p> <p>p) des huiles, des graisse ou du beurre, ou des aliments préparés à partir de ces ingrédients ?</p> <p>q) des aliments sucrés tels que du chocolat, des sucreries, des bonbons, des gâteaux, des pâtisseries ou des</p> <p>r) d'autres aliments solides ou semi solides ?</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">ENFANT</th> </tr> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">a</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">b</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">c</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">d</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">e</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">f</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">g</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">h</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">i</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">j</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">k</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">l</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">m</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">n</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">o</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">p</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">q</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">r</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </tbody> </table>		ENFANT			OUI	NON	NSP	a	1	2	8	b	1	2	8	c	1	2	8	d	1	2	8	e	1	2	8	f	1	2	8	g	1	2	8	h	1	2	8	i	1	2	8	j	1	2	8	k	1	2	8	l	1	2	8	m	1	2	8	n	1	2	8	o	1	2	8	p	1	2	8	q	1	2	8	r	1	2	8
	ENFANT																																																																																
	OUI	NON	NSP																																																																														
a	1	2	8																																																																														
b	1	2	8																																																																														
c	1	2	8																																																																														
d	1	2	8																																																																														
e	1	2	8																																																																														
f	1	2	8																																																																														
g	1	2	8																																																																														
h	1	2	8																																																																														
i	1	2	8																																																																														
j	1	2	8																																																																														
k	1	2	8																																																																														
l	1	2	8																																																																														
m	1	2	8																																																																														
n	1	2	8																																																																														
o	1	2	8																																																																														
p	1	2	8																																																																														
q	1	2	8																																																																														
r	1	2	8																																																																														

SECTION 6: DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																			
601	Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour [NOM DE L'ENFANT]?	AUCUN 0 NOMBRE DE LIVRES D'ENFANT <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> DIX LIVRES OU PLUS 10																																				
602	Je voudrais savoir quels objets [NOM] utilise pour jouer quand il/ elle est à la maison? Est ce qu'il/elle joue avec: [A]: Des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison) [B]: Des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant [C]: Objets du ménage (comme des cuvette ou casserole) ou des objets trouves dehors (comme des bâtons, pierres, ... animaux, coquilles ou feuilles)	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jouets fabriqués à la maison</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Jouets d'un magasin</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Objets du ménage ou objets trouves dehors</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	Jouets fabriqués à la maison	1	2	8	Jouets d'un magasin	1	2	8	Objets du ménage ou objets trouves dehors	1	2	8																				
	OUI	NON	NSP																																			
Jouets fabriqués à la maison	1	2	8																																			
Jouets d'un magasin	1	2	8																																			
Objets du ménage ou objets trouves dehors	1	2	8																																			
603	Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive ou pour d'autres raisons et doivent laisser seuls les jeunes enfants Au cours de la semaine passée, combien de jours [NOM] a-il/ elle été: [A]: Laissez seul plus d'une heure? [B]: Laissez à la garde d'un autre enfant, c'est-à-dire quelqu'un de moins de dix ans, pendant plus d'une heure? <i>Si "Jamais", inscrivez "0". Si "Ne Sait Pas", inscrivez "8"</i>	<p>Nombre de jours laissé seul plus d'une heure <input type="text"/></p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure <input type="text"/></p>																																				
604	Vérifier AGE DE L' ENFANT à Q.217 Enfant de 3 <input type="checkbox"/> ou 4 ans Enfant de 0 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 ans		Module suivant																																			
605	[NOM] suit-il/elle un programme d'apprentissage éducatif ou ou une classe d'éveil, comme un établissement public ou privé, y compris un jardin d'enfant ou garderie communautaire	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																				
606	Pendant les trois derniers jours, avez vous, vous ou un autre membre du ménage de plus de 15 ans participé avec [NOM] à l'une des activités suivantes SI "OUI". Demander qui a participé à cette activité avec [NOM]?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Personne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A]. Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec [NOM]?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[B]. Raconter des histoires à [NOM]?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[C]. Chanter des chansons a [NOM] ou avec [NOM], dont des berceuses?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[D]. Emmener [NOM] en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[E]. Jouer avec [NOM]?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[F]. Passer du temps avec [NOM], à nommer, à compter et/ou à dessiner?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Personne	[A]. Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec [NOM]?	A	B	X	Y	[B]. Raconter des histoires à [NOM]?	A	B	X	Y	[C]. Chanter des chansons a [NOM] ou avec [NOM], dont des berceuses?	A	B	X	Y	[D]. Emmener [NOM] en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte?	A	B	X	Y	[E]. Jouer avec [NOM]?	A	B	X	Y	[F]. Passer du temps avec [NOM], à nommer, à compter et/ou à dessiner?	A	B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Personne																																		
[A]. Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec [NOM]?	A	B	X	Y																																		
[B]. Raconter des histoires à [NOM]?	A	B	X	Y																																		
[C]. Chanter des chansons a [NOM] ou avec [NOM], dont des berceuses?	A	B	X	Y																																		
[D]. Emmener [NOM] en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte?	A	B	X	Y																																		
[E]. Jouer avec [NOM]?	A	B	X	Y																																		
[F]. Passer du temps avec [NOM], à nommer, à compter et/ou à dessiner?	A	B	X	Y																																		

607	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant.	
608	Est ce que [NOM] connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
609	Est ce que [NOM] peut lire au moins quatre mots simples, courants?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
610	Est ce que [NOM] peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
611	Est ce que [NOM] peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
612	Est ce qu'il arrive parfois que [NOM] soit trop malade pour jouer?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
613	Est ce que [NOM] est capable de suivre de simples instructions pour faire quelque chose correctement?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
614	Quand on donne quelque chose à faire à [NOM], est-il/elle capable de le faire de manière indépendante?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
615	Est ce que [NOM] s'entend bien avec les autres enfants?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
616	Est ce que [NOM] donne des coups de pied, mord ou frappe les autres enfants ou adultes?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
617	Est ce que [NOM] est facilement distrait?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

SECTION 7. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 801
702	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 801
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SEPARÉE 3	

SECTION 8: CARACTERISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
801	VÉRIFIEZ 701 ET 702 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 803 → 807
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
806	VÉRIFIEZ 801 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 811
808	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 815
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 A SON COMPTE 3	
813	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	

814	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
815	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 823
816	VÉRIFIEZ 814 : CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 819
817	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
818	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 820
819	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé : vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE NE PAS DE REVENUS 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
820	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé : vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
822	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 N'EN POSSÈDE PAS 4	
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 N'EN POSSÈDE PAS 4	

SECTION 9. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
901	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui sont avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Combien votre mère a-t-elle eu de naissances en plus de vous?	NOMBRE DE NAISSANCES DE MERE BIOLOGIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	
902	VÉRIFIER 901 : DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> →	UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> →	914
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant)	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [2] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [3] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [4] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [5] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [6] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [7] ←
907	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER A [7]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SŒUR, ALLER À 914							

904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant)	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____	
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [8] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [9] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [10] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [11] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [12] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [13] ←	
907	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]	
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]	
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]	
914	ENREGISTRER L'HEURE.					HEURE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
						MINUTES	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

ENQUÊTE DE BASE POUR PIVOT-IFANADIANA
QUESTIONNAIRE HOMME

MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION													
NOM DE LA LOCALITÉ _____													
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____													
NUMÉRO DE LA GRAPPE	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>												
NUMÉRO DU MÉNAGE													
COMMUNE _____													
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____													

VISITES D'ENQUÊTEUR																
	1	2	3	VISITE FINALE												
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS												
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td></tr></table>	2	0	1	4								
2	0	1	4													
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		N° ENQUÊT. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
* CODES RÉSULTAT:																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 REMPLI</td> <td style="width: 25%;">4 REFUSÉ</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td>7 AUTRE _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 INCAPACITÉ</td> <td></td> <td style="text-align: right;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSÉ			2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE _____		3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ		(PRÉCISEZ)
1 REMPLI	4 REFUSÉ															
2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE _____														
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ		(PRÉCISEZ)													

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR										
NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour INSTAT. Nous effectuons une enquête sur la santé dans le District d'IFANADIANA. Les informations que nous collectons aideront les responsables concernés à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement environ 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

Avez-vous des questions? Puis-je commencer l'interview maintenant?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR: _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉ A CCEPTÉ D'ÊTRE INTERVIEWÉ 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉ ... 2 → FIN

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> NE SAIT PAS ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allé à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHÉVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/>	

NIVEAU D'ÉDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1	SECONDAIRE 2	SUPÉRIEUR
	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHÉVÉE			
CLASSE	T1/1 ^{ère} / CP1 = 1 T2/10 ^{ème} / CP2 = 2 T3/9 ^{ème} / CE = 3 T4/8 ^{ème} / CM1 = 4 T5/7 ^{ème} / CM2 = 5 NSP = 8	T6 = 6 ^{ème} = 1 T7 = 5 ^{ème} = 2 T8 = 4 ^{ème} = 3 T9 = 3 ^{ème} = 4 NSP = 8	T10 = 2 nd = 1 T11 = 1 ^{ère} = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1 ^{ère} année = 1 2 ^{ème} année = 2 3 ^{ème} année = 3 4 ^{ème} année = 4 5 ^{ème} année ou ++ = 5 NSP = 8

107	VÉRIFIEZ 105 : PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→ 201
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ. (2) SI L'ENQUÊTÉ NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉ 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '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 dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '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 eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '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 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES ENFANTS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 : A EU PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> → 212 A EU SEULEMENT UN ENFANT <input type="checkbox"/> → 301 NA EU AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> → 301										
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI 1 NON 2	→ 212								
211	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?	NOMBRE DE FEMMES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	Quel âge aviez-vous quand est né votre (premier) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
213	VÉRIFIEZ 203 ET 205 : AU MOINS UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> → 301 AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> → 301										
214	Quel âge a votre (plus jeune) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									

SECTION 3 . MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A															
301	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME 2 NON, PAS EN UNION 3	<input type="checkbox"/> → 304															
302	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉ 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME 2 NON 3	→ 401															
303	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF 1 DIVORCÉ 2 SÉPARÉ 3	<input type="checkbox"/> → 310															
304	Est-ce que votre (épouse/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?	VIT AVEC LUI 1 VIT AILLEURS 2																
305	Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous étiez marié ?	OUI (PLUS D'UNE) 1 NON (SEULEMENT UNE) 2	→ 307															
306	En tout, combien avez-vous d'épouses ou de femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ	<input type="text"/> <input type="text"/>															
307	<p>VÉRIFIEZ 305 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de (votre épouse/femme avec qui vous vivez comme si vous</p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de chacune de vos épouses ou de chacune des femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR CHACUNE DES ÉPOUSES ET FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME S'IL ÉTAIT MARIÉ.</p> <p>SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MENAGE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOM</th> <th>N° DE LIGNE</th> <th>ÂGE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	N° DE LIGNE	ÂGE	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<p>308 Quel âge avait (NOM) à son dernier anniver-</p>
NOM	N° DE LIGNE	ÂGE																
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																
308	POSEZ 308 POUR CHAQUE PERSONNE.																	
309	<p>VÉRIFIEZ 305 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p>		→ 311A															
310	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme seulement une fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	→ 311A															
311	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/partenaire) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>																
311A	Je voudrais maintenant vous poser une question sur votre première (épouse/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle ?	NE SAIT PAS MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ANNÉE 9998	→ 401															

SECTION 4. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
401	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 404
402	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour congé, maladie, vacances, ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 404
403	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 407
404	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ <input type="checkbox"/> _____ _____	
405	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
406	Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉ 4	
407	VÉRIFIEZ 401 : ACTUELLEMENT MARIÉ OU VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/>		→ 412
408	VÉRIFIEZ 406 : CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 410
409	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (épouse/partenaire), ou vous et votre (épouse/partenaire) ensemble ?	ENQUÊTÉ 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
410	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous-même, votre (épouse/partenaire), vous et votre (épouse/partenaire) ensemble ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉ 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
411	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉ 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
412	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL 1 CONJOINTEMENT 2 SEUL ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	
413	Est-ce que vous possédez de la terre, seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL 1 CONJOINTEMENT 2 SEUL ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	

SECTION 5. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
501	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ? SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00 → 504	
502	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00 → 504	
503	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
504	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI 1 NON 2 → 508	
505	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
506	Actuellement, est-ce que vous fumez ou est-ce que vous utilisez un autre type de tabac ?	OUI 1 NON 2 → 508	
507	Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIPE A TABAC À MÂCHER B TABAC À PRISER C AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
508	Buvez-vous actuellement de l'alcool ?	OUI 1 NON 2 → 510	
509	Au cours des dernières 24 heures, combien de boissons alcoolisées avez-vous bu ? (BOISSON ALCOOLISÉE = 12 OZ BIÈRE OU VIN, OU 4OZ LIQUOR) [OZ = 2,4cm ³]	NOMBRE DE BOISSONS <input type="text"/> <input type="text"/>	
510	Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2 → 512	
511	Par quel type d'assurance êtes-vous couvert ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
512	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	