MODULE SANTE ETAT DE SANTE ACTUEL ET RETROSPECTIF **TOUS LES MEMBRES DU MENAGE**

LES INDIVIDUS DE 15 ANS ET PLUS REPONDENT POUR EUX-MEMES; LA MERE OU UN PARENT RESPONSABLE REPOND POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

CODE ID	1. EST-CE QUE LA PERSONNE REPOND POUR ELLE-MEME?	2. Maintenant je voudrais voir combien vous mesurez. MESUREZ UNIQUEMENT LES PERSONNES AGEES DE 2 A 60 ANS SI LA PERSONNE EST ABSENTE, INSCRIVEZ 999.	3. Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou d'une invalidité, temporaire ou permanente, qui vous empêche de faire vos activités habituelles (par exemple, travail, école, devoirs à la maison, etc.)?	4. Quel type de problème est-ce? VOIR CODES Q4	5. Est-ce que cette maladie vous empêche de faire vos activités depuis plus d'un mois?	6. Depuis combien de temps avez-vous cette maladie/blessure? SI LE REPONDANT A CE PROBLEME DEPUIS LA NAISSANCE, INSCRIRE 90 POUR L'ANNEE ET LAISSER LES MOIS EN BLANC. LAISSER LES MOIS EN BLANC SI PLUS DE 5 ANS.		7. Depuis combien de temps est-ce qu'elle vous empêche de faire vos activités normalement? SI LE REPONDANT A CE PROBLEME DEPUIS LA NAISSANCE, INSCRIRE 90 POUR L'ANNEE ET LAISSER LES MOIS EN BLANC. LAISSER LES MOIS EN BLANC SI PLUS DE 5 ANS.		8. REGARDER L'AGE DE LA PERSONNE. SI AGE>60, **» PERSONNE SUIVANTE** SINON, **»9** NOTE: SI CM (CODE D'IDENTITE=01), **» 9** QUEL QUE SOIT L'AGE
	OUI..1 NON..2	**CENTIMETRE**	**OUI..1 NON..2 (»8)**		**OUI..1 NON..2 (»8)**	**DUREE ANNEES**	**MOIS**	**DUREE ANNEES**	**MOIS**	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

CODES Q4

BLESSURE.....1
DIARRHEE.....2
PALUDISME.....3
MAL DE DOS.....4
GRIPPE.....5
PROBLEMES DIGESTIFS..6
TUBERCULOSE/PROBLEME DE RESPIRATION.....7
PROBLEME DE CŒUR.....8
TENSION ARTERIELLE...9
DIABETE.....10
PROBLEMES DE PROSTATE/GYNECO.....11
MALADIE DE PEAU.....12
SIDA.....13
INVALIDITE MENTALE OU PHYSIQUE.....14
CANCER.....15
RHUMATISME.....16
GOITRE.....17
LEPRE.....18
GROSSESSE AVEC COMPLICATIONS.....19
AUTRE.....20

MODULE SANTE ETAT DE SANTE ACTUEL ET RETROSPECTIF (SUITE) **INDIVIDUS INF. OU EGAL A 60 ANS COMPRIS ET CHEF DE MENAGE**

Maintenant, je voudrais avoir des renseignements sur les maladies, les blessures que vous avez eu au cours des 10 dernières années, en-dehors des problèmes dont vous m'avez déjà parlé.

	Maladie/blessure la plus récente				Maladie/blessure précédente			
CODE ID	9. Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu une blessure ou une maladie grave qui vous a empêché de vous consacrer à vos activités normales pendant plus d'un mois? AUTRE QUE CELLE MENTIONNEE EN Q3-Q7. **OUI..1 NON..2 (» 21)**	10. Etait-ce une blessure ou une maladie? DEMANDEZ D'ABORD A PROPOS DES CAS LES PLUS RECENTS **GROSSESSE AVEC COMPLICATIONS..1 MALADIE.....2 BLESSURE.....3**	11. Quand a commencé votre période d'inactivité (incapacité à faire des activités usuelles) et combien de temps a-t-elle duré? **DEBUT MOIS**	**DEBUT ANNEE**	12. **DUREE EN MOIS**	13. Avant la maladie/blessure dont vous venez de me parler, avez-vous eu d'autres maladies ou blessures qui vous ont rendu inactif pendant plus d'un mois? AUTRE QUE CELLE MENTIONNEE EN Q9-Q12. **OUI..1 NON..2 (» 21)**	14. Etait-ce une blessure ou une maladie? **GROSSESSE AVEC COMPLICATIONS..1 MALADIE.....2 BLESSURE.....3**	15. Quand votre période d'inactivité (ir des activités usuelles) a commenc temps a-t-elle duré? **DEBUT MOIS**	**DEBUT ANNEE**
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

MODULE SANTE ETAT DE SANTE ACTUEL ET RETROSPECTIF (SUITE)

INDIVIDUS INF. OU EGAL A 60 ANS COMPRIS ET CHEF DE MENAGE

		Maladie/blessure précédant la précédente						
CODE ID	16. Incapacité à faire ce et combien de **DUREE EN MOIS**	17. Avant la maladie/blessure dont vous venez de me parler, avez-vous eu d'autres maladies ou blessures qui vous ont rendu inactif pendant plus d'un mois? AUTRE QUE CELLE MENTIONNEE EN Q13-Q16. **OUI..1 NON..2 (» 21)**	18. Etait-ce une blessure ou une maladie? **GROSSESSE AVEC COMPLICATIONS..1 MALADIE.....2 BLESSURE.....3**	19. Quand est-ce-que votre période d'inactivité (incapacité à faire des activités usuelles) a commencé et combien de temps a-t-elle duré? **DEBUT MOIS**	**ANNEE**	20. **DUREE EN MOIS**	21. Globalement, comment définiriez-vous votre état de santé actuel ? **EXCELLENT....1 TRES BON.....2 BON.....3 MOYEN.....4 MAUVAIS.....5 TRES MAUVAIS.6 GRAVE.....7** CECI RENVOIE A L'ETAT DE SANTE GENERAL ET NON A UNE MALADIE OU BLESSURE TEMPORAIRE	22. PASSEZ A LA PERSONNE SUIVANTE, SI PLUS PERSONNE, PASSEZ AU MODULE SUIVANT.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								