

CONFIDENTIAL  
 For research  
 purposes only

IDENTIFICATION					
STATE _____					
DISTRICT _____					
TEHSIL/TALUK _____					
CITY/TOWN/VILLAGE _____					
TYPE OF PSU (URBAN = 1, RURAL = 2) .....					
PSU NUMBER .....					
STRUCTURE NUMBER .....					
HOUSEHOLD NUMBER .....					
NAME OF HOUSEHOLD HEAD _____					
ADDRESS OF HOUSEHOLD _____					
IS HOUSEHOLD SELECTED FOR THE STATE MODULE? (YES = 1, NO = 2) .....				<input type="checkbox"/>	
IS HOUSEHOLD SELECTED FOR DRIED BLOOD SPOT (DBS) COLLECTION? (YES = 1, NO = 2) .....				<input type="checkbox"/>	
HEALTH INVESTIGATOR VISITS					
	1	2	3	FINAL VISIT	
DATE				DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/>	
NEXT VISIT: DATE				TOTAL NUMBER OF VISITS <input type="text"/>	
TIME					
*LANGUAGE OF QUESTIONNAIRE: <b>HINDI</b>				<b>04</b>	
*LANGUAGE CODES:	01 ASSAMESE 02 BENGALI 03 GUJARATI 04 HINDI 05 KANNADA	06 KASHMIRI 07 KONKANI 08 MALAYALAM 09 MANIPURI 10 MARATHI	11 NEPALI 12 ORIYA 13 PUNJABI 14 SINDHI 15 TAMIL	16 TELUGU 17 URDU 18 ENGLISH 19 GARO 20 KHASI	96 OTHER _____ SPECIFY
TOTAL NUMBER OF ELIGIBLE WOMEN AGE 15+ .....				<input type="text"/>	
TOTAL NUMBER OF ELIGIBLE CHILDREN .....				<input type="text"/>	
TOTAL NUMBER OF ELIGIBLE MEN AGE 15+ .....				<input type="text"/>	
SUPERVISOR		HEALTH INVESTIGATOR			
NAME _____	<input type="text"/>	NAME _____	<input type="text"/>		
DATE _____		DATE _____			

WEIGHT, HEIGHT AND HAEMOGLOBIN MEASUREMENT FOR CHILDREN AGE 0-5

201	FROM THE LIST OF ELIGIBLE CHILDREN, RECORD THE NAME AND LINE NUMBER IN THE SAME ORDER THEY APPEAR IN THE HOUSEHOLD SCHEDULE. IF MORE THAN SIX CHILDREN, USE ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S).			
		<b>CHILD 1</b>	<b>CHILD 2</b>	<b>CHILD 3</b>
202	NAME _____ LINE NUMBER _____	NAME _____ LINE NUMBER _____	NAME _____ LINE NUMBER _____	NAME _____ LINE NUMBER _____
203	(NAME) के जन्म की तारीख क्या है	DAY ..... MONTH ..... YEAR .....	DAY ..... MONTH ..... YEAR .....	DAY ..... MONTH ..... YEAR .....
204	CHECK 203: CHILD BORN IN JANUARY 2014 OR LATER?	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)
205	WEIGHT IN KILOGRAMS	KG. .... NOT PRESENT ..... 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	KG. .... NOT PRESENT ..... 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	KG. .... NOT PRESENT ..... 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996
206	HEIGHT IN CENTIMETRES	CM. .... REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. .... REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. .... REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996
207	MEASURED LYING DOWN OR STANDING UP?	LYING DOWN ..... 1 STANDING UP ..... 2 NOT MEASURED ..... 3	LYING DOWN ..... 1 STANDING UP ..... 2 NOT MEASURED ..... 3	LYING DOWN ..... 1 STANDING UP ..... 2 NOT MEASURED ..... 3
208	CHECK 203: IS CHILD AGE 0-5 MONTHS, I.E., WAS CHILD BORN IN MONTH OF INTERVIEW OR FIVE PREVIOUS MONTHS?	0-5 MONTHS ..... 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER ..... 2	0-5 MONTHS ..... 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER ..... 2	0-5 MONTHS ..... 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER ..... 2
209	NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR THE CHILD	NAME _____	NAME _____	NAME _____
210	ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 209 AS RESPONSIBLE FOR CHILD.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर रक्त रोग है जो की आसतौर पर खराब पोषण, संक्रमण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। इस सर्वेक्षण में, हम उन सभी बच्चों को जिनका जन्म 2014 अथवा उसके बाद का है, इस एनिमिया जांच में शामिल करेंगे तथा उनके रक्त के कुछ बुंद उनके अंगुली या एड़ी से लेंगे। रक्त का नमूना लेने वाला यंत्र पुरी तरह से स्वच्छ और सुरक्षित होगा। यह इस जांच से पहले कभी भी उपयोग में नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तत्क्षणिक किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको तुरन्त ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहें तो इस जांच के लिए हाँ अथवा ना कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है क्या आप (NAME OF CHILD) की जांच कराना चाहेंगे?</p>		
211	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ... 1 _____ (SIGN) _____ REFUSED ..... 2 GRANTED ..... 3 (NO SIGNATURE)	GRANTED (SIGNED) . 1 _____ (SIGN) _____ REFUSED ..... 2 GRANTED ..... 3 (NO SIGNATURE)	GRANTED (SIGNED) . 1 _____ (SIGN) _____ REFUSED ..... 2 GRANTED ..... 3 (NO SIGNATURE)
212	RECORD HAEMOGLOBIN LEVEL HERE AND IN THE ANAEMIA PAMPHLET.	G/DL .... REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996	G/DL .... REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996	G/DL .... REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996
213	GO BACK TO 203 IN THE NEXT COLUMN ON THIS PAGE OR IN THE FIRST COLUMN OF THE NEXT PAGE; IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301.			

		CHILD 4	CHILD 5	CHILD 6
202	NAME  LINE NUMBER	NAME _____ LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NAME _____ LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NAME _____ LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
203	(NAME) के जन्म की तारीख क्या है	DAY ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MONTH ..... <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DAY ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MONTH ..... <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DAY ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MONTH ..... <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	CHECK 203: CHILD BORN IN JANUARY 2014 OR LATER?	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)
205	WEIGHT IN KILOGRAMS	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ... 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ... 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ... 9994 (GO TO 203 IN FIRST COLUMN OF A NEW QUESTIONNAIRE FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996
206	HEIGHT IN CENTIMETRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996
207	MEASURED LYING DOWN OR STANDING UP?	LYING DOWN ..... 1 STANDING UP ..... 2 NOT MEASURED ... 3	LYING DOWN ..... 1 STANDING UP ..... 2 NOT MEASURED ... 3	LYING DOWN ..... 1 STANDING UP ..... 2 NOT MEASURED ... 3
208	CHECK 203: IS CHILD AGE 0-5 MONTHS, I.E., WAS CHILD BORN IN MONTH OF INTERVIEW OR FIVE PREVIOUS MONTHS?	0-5 MONTHS ..... 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER ..... 2	0-5 MONTHS ..... 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER ..... 2	0-5 MONTHS ..... 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER ..... 2
209	NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR THE CHILD	NAME _____	NAME _____	NAME _____
210	ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 209 AS RESPONSIBLE FOR CHILD.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर रक्त वाहक यंत्रण है जो आमतौर पर खराब पोषण, संक्रमण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। इस सर्वेक्षण में, हम उन सभी बच्चों को जिनका जन्म 2014 अथवा उसके बाद का है, इस एनिमिया जांच में शामिल करेंगे तथा उनके रक्त के कुछ बूंद उनके अंगुली या एड़ी से लेंगे। रक्त का नमूना लेने वाला यंत्र पुरी तरह से स्वच्छ और सुरक्षित होगा। यह इस जांच से पहले कभी भी उपयोग में नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तत्क्षणिक किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तःसे गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहे तो इस जांच के लिए हाँ अथवा ना कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है क्या आप (NAME OF CHILD) की जांच कराना चाहेंगे?</p>		
211	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) . 1 _____ (SIGN) ← REFUSED ..... 2 GRANTED ..... 3 (NO SIGNATURE)	GRANTED (SIGNED) . 1 _____ (SIGN) ← REFUSED ..... 2 GRANTED ..... 3 (NO SIGNATURE)	GRANTED (SIGNED) . 1 _____ (SIGN) ← REFUSED ..... 2 GRANTED ..... 3 (NO SIGNATURE)
212	RECORD HAEMOGLOBIN LEVEL HERE AND IN THE ANAEMIA PAMPHLET.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996
213	GO BACK TO 203 IN THE NEXT COLUMN ON THIS PAGE OR (FOR CHILD 7) GO TO 203 IN THE FIRST COLUMN OF A NEW QUESTIONNAIRE; IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301.			

WEIGHT, HEIGHT, WAIST & HIP CIRCUMFERENCE, BLOOD PRESSURE, BLOOD GLUCOSE, HAEMOGLOBIN MEASUREMENT, AND COLLECTION OF DRIED BLOOD SPOTS FOR WOMEN

301	FROM THE LIST OF ELIGIBLE WOMEN AGE 15+ IN THE HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE. RECORD THE NAME, LINE NUMBER, AGE, AND MARITAL STATUS IN THE SAME ORDER THEY APPEAR IN THE HOUSEHOLD SCHEDULE. WRITE THE NAME OF EACH WOMAN AT THE TOP OF THE FOLLOWING PAGES. IF THERE ARE MORE THAN THREE WOMEN, USE ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S).			
	<b>WOMAN 1</b>	<b>WOMAN 2</b>	<b>WOMAN 3</b>	
302	NAME _____ LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AGE <input type="text"/> <input type="text"/> IF AGE 50 AND ABOVE GO TO 312 NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2	NAME _____ LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AGE <input type="text"/> <input type="text"/> IF AGE 50 AND ABOVE GO TO 312 NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2	NAME _____ LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AGE <input type="text"/> <input type="text"/> IF AGE 50 AND ABOVE GO TO 312 NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2	
303	WEIGHT IN KILOGRAMS KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ..... 99994 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) REFUSED ..... 99995 OTHER ..... 99996	WEIGHT IN KILOGRAMS KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ..... 99994 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) REFUSED ..... 99995 OTHER ..... 99996	WEIGHT IN KILOGRAMS KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ..... 99994 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) REFUSED ..... 99995 OTHER ..... 99996	
304	HEIGHT IN CENTIMETRES CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	HEIGHT IN CENTIMETRES CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	HEIGHT IN CENTIMETRES CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	
305	WAIST CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	WAIST CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	WAIST CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	
306	HIP CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	HIP CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	HIP CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	
307	AGE: CHECK 302. 15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 312) ←	AGE: CHECK 302. 15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 312) ←	AGE: CHECK 302. 15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 312) ←	
308	MARITAL STATUS: CHECK 302. NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 312) ←	MARITAL STATUS: CHECK 302. NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 312) ←	MARITAL STATUS: CHECK 302. NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 312) ←	
309	RECORD NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR ADOLESCENT. NAME _____	RECORD NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR ADOLESCENT. NAME _____	RECORD NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR ADOLESCENT. NAME _____	
310	ASK CONSENT FOR BLOOD PRESSURE FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 309 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED WOMEN AGE 15-17.	<p>मैं, (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप की जांच करना चाहता/चाहती हूँ। यह तीन बार हर 5 मिनट के अन्तराल पर मापा जायेगा। यह एक मुकमान रहित प्रक्रिया है। यह किसी व्यक्ति के उच्च रक्त तचाप की जांच करने के लिए प्रयुक्त त होना। यदि उच्च रक्त तचाप का इलाज नहीं किया गया तो यह कालान्तर में हृदय को भारी क्षति पहुंचा सकता है। रक्त तचाप के जांच का परिणाम आपको बता दिया जायेगा और जांच प्रक्रिया के समाप्त होने के बाद मैं (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप सुचक्रांक का अर्थ समझाऊंगा। यदि (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप उच्च होगा तब हम (NAME OF ADOLESCENT) से चर्चा करेगा या सेवा या चिकित्सा सुचक्र से परामर्श लेने की सलाह देगा, क्योंकि हम इस सर्वेक्षण के दौरान हमारे जांच की जांच या इलाज नहीं कर सकते हैं। आप किसी भी समय इस रक्त तचाप की जांच में नहीं भाग लेने का निर्णय कर सकते हैं। जांच परिणाम को पूर्णतः गोपनीय रखा जायेगा और सर्वेक्षण दल सदस्य के अलावा किसी अन्य को यह जानकारी नहीं दी जायेगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहें तो (NAME OF ADOLESCENT) के जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं। क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) के रक्त तचाप की जांच की अनुमति देंगे?</p>		
311	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 342)	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 342)	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 342)	

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3																																													
	NAME	NAME _____	NAME _____	NAME _____																																													
312	ASK CONSENT FOR BLOOD PRESSURE FROM RESPONDENT.	<p>मैं, आपके रक्तचाप की जांच करना चाहता/चाहती हूँ। यह तीन बार हर 5 मिनट के अंतराल पर मापा जायेगा। यह एक नुकसान रहित प्रक्रिया है। यह किसी व्यक्ति के उच्च रक्तचाप की जांच करने के लिए प्रयुक्त होती है। यदि उच्च रक्तचाप का इलाज नहीं किया गया तो यह कालांतर में हृदय की भारी क्षति पहुंचा सकता है। रक्तचाप के जांच का परिणाम आपको बता दिया जायेगा और जांच प्रक्रिया के समाप्त होने के बाद मैं आपको रक्तचाप सुचक्रण का अर्थ समझाऊंगा। यदि आपका रक्तचाप उच्च होना तब हम इस आपको २ वाट ४ य सेवा या चिकित्सक से परामर्श लेने की सलाह देंगे क्योंकि हम इस सर्वेक्षण के दौरान इससे आगे की जांच या इलाज नहीं कर सकते हैं। आप किसी भी समय इस रक्तचाप की जांच में नहीं भाग लेने का निर्णय कर सकते हैं। जांच परिणाम को पूर्णतः गोपनीय रखा जायेगा और सर्वेक्षण दल सदस्य के अलावा किसी अन्य को यह जानकारी नहीं दी जायेगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं?  आप चाहें तो जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं।  क्या आप अपने इस रक्तचाप की जांच की अनुमति देंगे?</p>																																															
313	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) NOT PRESENT ..... 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) _____ ← (IF REFUSED, GO TO 340)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) NOT PRESENT ..... 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) _____ ← (IF REFUSED, GO TO 340)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) NOT PRESENT ..... 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) _____ ← (IF REFUSED, GO TO 340)																																													
314	<p>रक्तचाप की जांच करने से पहले मैं आपसे कुछ सवाल पूछना चाहता/चाहती हूँ। उन चीजों के बारे में जो आपकी प्रभावित कर सकते हैं। पिछले 30 मिनट में क्या आपने निम्नलिखित में से कुछ किया:</p> <p>a) कुछ खाया था ?</p> <p>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफ़ीन हो उसका सेवन किया था ?</p> <p>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान किया था ?</p> <p>d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू, जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन किया था ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>EATEN .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HAD CAFFEINATED DRINK .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SMOKED .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTHER TOBACCO ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	EATEN .....	1	2	HAD CAFFEINATED DRINK .....	1	2	SMOKED .....	1	2	OTHER TOBACCO ...	1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>EATEN .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HAD CAFFEINATED DRINK .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SMOKED .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTHER TOBACCO ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	EATEN .....	1	2	HAD CAFFEINATED DRINK .....	1	2	SMOKED .....	1	2	OTHER TOBACCO ...	1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>EATEN .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HAD CAFFEINATED DRINK .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SMOKED .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTHER TOBACCO ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	EATEN .....	1	2	HAD CAFFEINATED DRINK .....	1	2	SMOKED .....	1	2	OTHER TOBACCO ...	1	2
	YES	NO																																															
EATEN .....	1	2																																															
HAD CAFFEINATED DRINK .....	1	2																																															
SMOKED .....	1	2																																															
OTHER TOBACCO ...	1	2																																															
	YES	NO																																															
EATEN .....	1	2																																															
HAD CAFFEINATED DRINK .....	1	2																																															
SMOKED .....	1	2																																															
OTHER TOBACCO ...	1	2																																															
	YES	NO																																															
EATEN .....	1	2																																															
HAD CAFFEINATED DRINK .....	1	2																																															
SMOKED .....	1	2																																															
OTHER TOBACCO ...	1	2																																															
315	क्या मैं रक्तचाप मापने की प्रक्रिया शुरू करूँ? मैं आपके बॉर्डर के परिधि की माप से शुरूवात करता/करती हूँ ताकि मैं सुनिश्चित हो जाऊँ कि मैं सही उपकरण का उपयोग कर रहा/रही हूँ।	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) ... <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) ... <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) ... <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.																																													
316	USE THE ARM CIRCUMFERENCE MEASUREMENT TO SELECT THE APPROPRIATE BLOOD PRESSURE MONITOR CUFF SIZE.	SMALL: 17 CM – 22 CM ..... 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM ..... 2 LARGE: 32 CM – 42 CM ..... 3	SMALL: 17 CM – 22 CM ..... 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM ..... 2 LARGE: 32 CM – 42 CM ..... 3	SMALL: 17 CM – 22 CM ..... 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM ..... 2 LARGE: 32 CM – 42 CM ..... 3																																													

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME _____	NAME _____	NAME _____
317	RECORD TIME OF FIRST BP READING	HOURS MINUTES [ ][ ] . [ ][ ]	HOURS MINUTES [ ][ ] . [ ][ ]	HOURS MINUTES [ ][ ] . [ ][ ]
318	TAKE THE FIRST BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	FIRST BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ][ ][ ] DIASTOLIC ..... [ ][ ][ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 340) ←	FIRST BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ][ ][ ] DIASTOLIC ..... [ ][ ][ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 340) ←	FIRST BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ][ ][ ] DIASTOLIC ..... [ ][ ][ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 340) ←
319	इस सर्वेक्षण के पहले क या कभी आपका रक्तचाप मापा गया है?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2
320	क्या दो या अधिक बार किसी डॉक्टर, नर्स या एएनएम/एनआई आपको बताया कि आपको अतिरिक्त तदाव (हाइपरटेंशन) या उच्च रक्तचाप है?	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 322) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 322) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 322) ←
321	अपने रक्तचाप को कम करने के लिए क या अब आप निर्धारित दवा ले रहे हैं?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2
322	CHECK THAT IT HAS BEEN AT LEAST 5 MINUTES BEFORE TAKING THE SECOND BLOOD PRESSURE MEASUREMENT			
323	क या मैं इस समय आपका रक्तचाप माप सकता/सकती हूँ?	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 334) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 334) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 334) ←
324	RECORD TIME OF SECOND BP READING	HOURS MINUTES [ ][ ] . [ ][ ]	HOURS MINUTES [ ][ ] . [ ][ ]	HOURS MINUTES [ ][ ] . [ ][ ]
325	TAKE THE SECOND BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	SECOND BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ][ ][ ] DIASTOLIC ..... [ ][ ][ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 334) ←	SECOND BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ][ ][ ] DIASTOLIC ..... [ ][ ][ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 334) ←	SECOND BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ][ ][ ] DIASTOLIC ..... [ ][ ][ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 334) ←

	WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME _____	NAME _____	NAME _____
326	<b>CHECK THAT IT HAS BEEN AT LEAST 5 MINUTES BEFORE TAKING THE THIRD BLOOD PRESSURE MEASUREMENT</b>		
327	क्या मैं इस समय आपका रुक वचाप माप सकता/सकती हूँ? YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 336) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 336) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 336) ←
328	RECORD TIME OF THIRD BP READING HOURS MINUTES <input type="text"/> : <input type="text"/>	HOURS MINUTES <input type="text"/> : <input type="text"/>	HOURS MINUTES <input type="text"/> : <input type="text"/>
329	<b>THIRD BP MEASURE</b> SYSTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 336) ←	<b>THIRD BP MEASURE</b> SYSTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 336) ←	<b>THIRD BP MEASURE</b> SYSTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 336) ←
330	<b>SUM SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SUM SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SUM SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
331	<b>AVERAGE SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338	<b>AVERAGE SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338	<b>AVERAGE SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338
332	<b>SUM DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SUM DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SUM DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
333	<b>AVERAGE DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338	<b>AVERAGE DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338	<b>AVERAGE DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338
333A	<b>IF ONLY ONE MEASUREMENT WAS TAKEN, RECORD THE FIRST SYSTOLIC AND DIASTOLIC NUMBERS HERE.</b>		
334	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338
335	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338
335A	<b>IF ONLY TWO MEASUREMENTS WERE TAKEN, RECORD THE SECOND SYSTOLIC AND DIASTOLIC NUMBERS HERE.</b>		
336	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338
337	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 338



		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME _____	NAME _____	NAME _____
344	ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर रक्त रोग है जो की आमतौर पर खराब पोषण संक्रमण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। एनिमिया जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त के कुछ बुंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेने वाला यंत्र स्वच्छ और पूरी तरह से सुरक्षित होगा। यह इस जांच के पहले कभी भी उपयोग में नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तत् क्षणिक किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क्या आप कुछ पुछना चाहते हैं? आप चाहे तो इस जांच के लिए हाँ अथवा ना कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है। क्या आप एनिमिया की जांच कराना चाहेंगे?</p>		
345	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED .... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 347)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED .... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 347)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED .... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 347)
346	क्या अब आप गर्भवती हैं?	YES ..... 1 NO ..... 2 DK ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DK ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DK ..... 8
347	AGE: CHECK 302.	15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 351) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 351) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 351) ←
348	MARITAL STATUS: CHECK 302.	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 351) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 351) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 351) ←
349	ASK CONSENT FOR BLOOD GLUCOSE FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 309 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED WOMEN AGE 15-17.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम मधुमेह के रक्त की भी जांच कर रहे हैं। यदि उच्च मधुमेह की जांच नहीं की गयी तो यह हृदय रोग के खतरों और दौरे को बढ़ा सकता है। रक्त में रक्त शर्करा की मात्रा जांच हेतु हमें अंगुली से रक्त की कुछ बुंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेनेवाला यंत्र पूर्ण तरीके से स्वच्छ व सुरक्षित होगा। इसका उपयोग पहले कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। इसे रक्त के जांच तत् क्षणिक किया जायेगा तथा जांच के परिणाम से आपको (NAME OF ADOLESCENT) तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जाएगा और इस सर्वेक्षण के सदस्यों के अलावा हमें किसी को नहीं बताया जाएगा। मधुमेह की जांच का परिणाम आपको दिया जाएगा और साथ ही मधुमेह सूचकांक के अर्थ में भी आपको (NAME OF ADOLESCENT) अवगत कराया जाएगा। यदि (NAME OF ADOLESCENT) का मधुमेह उच्च होएगा तब हम आपको (NAME OF ADOLESCENT) के लिए रक्त रोग से बचाव या चिकित्सा के परामर्श लेने की सलाह देंगे क्योंकि इस सर्वेक्षण में दौरान हम इससे आगे की जांच या इलाज का परामर्श नहीं दे सकते हैं।</p> <p>क्या आपको रक्त रोग (मधुमेह) की जांच के बारे में कुछ पुछना है? यदि आपको इस प्रक्रिया के बारे में किसी भी समय कोई भी प्रश्न है तो कृपया मुझसे पूछें। यदि आप चाहे तो (NAME OF ADOLESCENT) की मधुमेह की जांच के लिए हाँ या ना कह सकते हैं। क्या आप अपने (NAME OF ADOLESCENT) इस जांच की अनुमति देंगे?</p>		
350	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 358)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 358)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 358)

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME _____	NAME _____	NAME _____
351	ASK CONSENT FOR BLOOD GLUCOSE FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में हम मधुमेह के स्तर की भी जांच कर रहे हैं। यदि उच्च मधुमेह की जांच नहीं की गयी तो यह हृदय रोग के खतरों और दौरे को बढ़ा सकता है। रक्त में रक्त कोशिका की मात्रा जांच लेते हैं हमें अंगूठी से रक्त की कुछ बूंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेनेवाला यंत्र पूर्ण तरीके से स्वच्छ और सुरक्षित होगा। इसका इस्तेमाल पहले कभी नहीं किया गया तथा प्रत्येक जांच के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त कोशिका लेते रक्त की जांच तब तक अधिक की जाएगी जब तक कि आपकी रक्त तभी अवगत करा दिया जाएगा। जांच परिणाम को पूर्णतया गोपनीय रखा जाएगा और इस सर्वेक्षण के सदस्यों के अलावा इसके बारे में किसी को भी नहीं बताया जाएगा। मधुमेह जांच का परिणाम आपको दिया जाएगा और साथ ही मधुमेह सूचकांक के अर्थ से भी आपको अवगत कराया जाएगा।</p> <p>क्या आपको रक्त रक्त कोशिका (मधुमेह) की जांच के बारे में कुछ पूछना है ? यदि आपको इस प्रक्रिया के बारे में किसी भी समय कुछ भी पूछना है तो कृपया मुझे पूछें। अब आप चाहें तो मधुमेह जांच के लिए हां या ना कह सकते हैं। क्या आप अपने इस जांच की प्रक्रिया की अनुमति देंगे?</p>		
352	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) NOT PRESENT ..... 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) ← (IF REFUSED, GO TO 358)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) NOT PRESENT ..... 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) ← (IF REFUSED, GO TO 358)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) NOT PRESENT ..... 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) ← (IF REFUSED, GO TO 358)
353	आखरी बार कब आपने कुछ खाया था ?	HOURS AGO ..... [ ][ ] IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO ..... [ ][ ] IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO ..... [ ][ ] IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'
354	आखरी बार कब आपने सादा पानी के अलावा कुछ और पिया था ?	HOURS AGO ..... [ ][ ] IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO ..... [ ][ ] IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO ..... [ ][ ] IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'
355	इस सर्वेक्षण से पहले, क्या आपके रक्त रक्त कोशिका की कमी जांच हुई है?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2
356	क्या आपने डॉक्टर, नर्स, या एएनएम द्वारा दवा या अधिक अलग-अलग मौकों पर बताया कि आपका रक्त रक्त कोशिका का स्तर अधिक था?	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 358) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 358) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 358) ←
357	अपने रक्त रक्त कोशिका के स्तर को कम करने के लिए, क्या अब आप निर्धारित दवा ले रहे हैं?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME _____	NAME _____	NAME _____
358	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR DBS COLLECTION?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 372)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 372)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 372)
359	AGE: CHECK 302.	15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 363) ← 50 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 372) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 363) ← 50 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 372) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 363) ← 50 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 372) ←
360	MARITAL STATUS: CHECK 302.	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 363) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 363) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 363) ←
361	ASK CONSENT FOR DBS COLLECTION FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 309 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED WOMEN AGE 15-17.	<p>इस सर्वेक्षण में हम देश भर के लोगों से मलेरिया, HbA1c और विटामिन डी का परीक्षण करने के लिए कह रहे हैं। मलेरिया बुखार का एक सामान्य कारण है और इसका इलाज दवाओं से किया जा सकता है। मलेरिया रोगियों में बुखार या कभी कभी बिना बुखार के मौजूद हो सकता है। मलेरिया के प्रकार का पता लगाना महत्वपूर्ण है और क्या वर्तमान में उपलब्ध दवाएं मलेरिया वाले व्यक्तियों के इलाज के लिए प्रभावी होंगी। दूसरी जांच, HbA1c, हीमोग्लोबिन का प्रकार, वीन महीने के औसत रक्त स्तुकोज के स्तर का अनुमान लगाने के लिए किया जाता है ताकि यह पता लगाया जा सके कि दवा लेने वाले मधुमेह के रोगियों में रक्त स्तुकोज के स्तर को नियंत्रित किया गया है या नहीं। रक्त में विटामिन डी का स्तर विटामिन डी की कमी का पता लगाने के लिए मापा जाता है, जो भारत में बहुत आम है। विटामिन डी की कमी हड्डियों की भंगुरता का कारण बनती है और इससे क्रेकचर हो सकते हैं।</p> <p>यह जांच राष्ट्रीय स्तर की प्रयोगशालाओं में किए जाएंगे तथा उन्नत जानकारी प्राप्त करने के लिए और स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बेहतर बनाने के लिए यह सरकार द्वारा इसका उपयोग किया जाएगा। जांच के लिए, हमें उम्रगी से रक्त की कुछ (अधिक) बूंदों की आवश्यकता होती है। रक्त लेने के लिए उपयोग किए जाने वाले उपकरण साफ और पूरी तरह से सुरक्षित हैं। इसका उपयोग पहले कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक परीक्षण के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त के नमूना के साथ नाम नहीं जोड़े जाने की वजह से हम आपको जांच परिणाम से अवगत नहीं करा सकते हैं। (NAME OF ADOLESCENT)s के जांच का परिणाम कोई अन्वी भी नहीं जान पायेगा। बुखार और मधुमेह के मामले में देखभाल के बारे में जानकारी निदान और उपचार के लिए निकटतम स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के लिए एक रेफरल पत्र के साथ दी जाएगी। विटामिन डी की कमी को रोकने के तरीकों पर जानकारी भी प्रदान की जाएगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं ?          आप चाहें तो इस जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं , यह आपके निर्णय के उपर है।          क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) की जांच की अनुमति देंगे ?</p>		
362	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) . 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) . 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) . 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 372)
363	ASK CONSENT FOR DBS COLLECTION FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में हम देश भर के लोगों से मलेरिया, HbA1c और विटामिन डी का परीक्षण करने के लिए कह रहे हैं। मलेरिया बुखार का एक सामान्य कारण है और इसका इलाज दवाओं से किया जा सकता है। मलेरिया रोगियों में बुखार या कभी कभी बिना बुखार के मौजूद हो सकता है। मलेरिया के प्रकार का पता लगाना महत्वपूर्ण है और क्या वर्तमान में उपलब्ध दवाएं मलेरिया वाले व्यक्तियों के इलाज के लिए प्रभावी होंगी। दूसरी जांच, HbA1c, हीमोग्लोबिन का प्रकार, वीन महीने के औसत रक्त स्तुकोज के स्तर का अनुमान लगाने के लिए किया जाता है ताकि यह पता लगाया जा सके कि दवा लेने वाले मधुमेह के रोगियों में रक्त स्तुकोज के स्तर को नियंत्रित किया गया है या नहीं। रक्त में विटामिन डी का स्तर विटामिन डी की कमी का पता लगाने के लिए मापा जाता है, जो भारत में बहुत आम है। विटामिन डी की कमी हड्डियों की भंगुरता का कारण बनती है और इससे क्रेकचर हो सकते हैं।</p> <p>यह जांच राष्ट्रीय स्तर की प्रयोगशालाओं में किए जाएंगे तथा उन्नत जानकारी प्राप्त करने के लिए और स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बेहतर बनाने के लिए यह सरकार द्वारा इसका उपयोग किया जाएगा। जांच के लिए, हमें उम्रगी से रक्त की कुछ (अधिक) बूंदों की आवश्यकता होती है। रक्त लेने के लिए उपयोग किए जाने वाले उपकरण साफ और पूरी तरह से सुरक्षित हैं। इसका उपयोग पहले कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक परीक्षण के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त के नमूना के साथ नाम नहीं जोड़े जाने की वजह से हम आपको जांच परिणाम से अवगत नहीं करा सकते हैं। जांच का परिणाम कोई अन्वी भी नहीं जान पायेगा। बुखार और मधुमेह के मामले में देखभाल के बारे में जानकारी निदान और उपचार के लिए निकटतम स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के लिए एक रेफरल पत्र के साथ दी जाएगी। विटामिन डी की कमी को रोकने के तरीकों पर जानकारी भी प्रदान की जाएगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं ?          आप चाहें तो इस जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं , यह आपके निर्णय के उपर है।          क्या आप की जांच की अनुमति देंगे ?</p>		
364	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE, SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 372)
365	AGE: CHECK 302.	15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 369) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 369) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-49 YEARS ..... 2 (GO TO 369) ←
366	MARITAL STATUS: CHECK 302.	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 369) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 369) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 369) ←

	WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
NAME	NAME _____	NAME _____	NAME _____
367	ASK CONSENT FOR ADDITIONAL TESTING FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 309 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED WOMEN AGE 15-17. <p>(NAME OF ADOLESCENT) का बचन के नमूने की अतिरिक्त त जांच या अन्वेषण के लिए (NAME OF AGENCY) प्रयोगशाला में उसको संग्रह करने की आपने अनुमति चाहते हैं। अतिरिक्त त जांच के बारे में हम निश्चित नहीं हैं। इस बचन के नमूने के साथ (NAME OF ADOLESCENT) का नाम या कोई पहचान जुड़ा नहीं रहेगा। यदि आप बचन के नमूने की अतिरिक्त त जांच नहीं करना चाहते फिर भी ( NAME OF ADOLESCENT ) इस सर्वेक्षण में भाग ले सकते हैं।</p> <p>क या आप ( NAME OF ADOLESCENT ) के बचन के नमूने की अतिरिक्त त जांच के लिए उसको संग्रह करने की अनुमति देंगे?</p>		
368	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 <input type="checkbox"/> PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ (SIGN) _____ (IF REFUSED, GO TO 371)	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 <input type="checkbox"/> PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ (SIGN) _____ (IF REFUSED, GO TO 371)	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 <input type="checkbox"/> PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ (SIGN) _____ (IF REFUSED, GO TO 371)
369	ASK CONSENT FOR ADDITIONAL TESTING FROM RESPONDENT. <p>आपके बचन के नमूने की अतिरिक्त त जांच या अन्वेषण के लिए (NAME OF AGENCY) प्रयोगशाला में उसको संग्रह करने की आपने अनुमति चाहते हैं। अतिरिक्त त जांच के बारे में हम निश्चित नहीं हैं। इस बचन के नमूने के साथ नाम या कोई पहचान जुड़ा नहीं रहेगा। यदि आप बचन के नमूने की अतिरिक्त त जांच नहीं करना चाहते फिर भी इस सर्वेक्षण में भाग ले सकते हैं।</p> <p>क या आपके बचन के नमूने की अतिरिक्त त जांच के लिए उसको संग्रह करने की अनुमति देंगे?</p>		
370	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 <input type="checkbox"/> RESPONDENT REFUSED ..... 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ (SIGN) _____ (IF REFUSED, GO TO 372)	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 <input type="checkbox"/> RESPONDENT REFUSED ..... 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ (SIGN) _____ (IF REFUSED, GO TO 372)	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 <input type="checkbox"/> RESPONDENT REFUSED ..... 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ (SIGN) _____ (IF REFUSED, GO TO 372)
372	<b>PREPARE EQUIPMENT AND SUPPLIES ONLY FOR THE TEST(S) FOR WHICH CONSENT HAS BEEN OBTAINED AND PROCEED WITH THE TEST(S)</b>		
373	RECORD THE TIME OF THE BLOOD GLUCOSE TEST HOURS MINUTES <input type="text"/> : <input type="text"/> NOT TESTED ..... 9996	RECORD THE TIME OF THE BLOOD GLUCOSE TEST HOURS MINUTES <input type="text"/> : <input type="text"/> NOT TESTED ..... 9996	RECORD THE TIME OF THE BLOOD GLUCOSE TEST HOURS MINUTES <input type="text"/> : <input type="text"/> NOT TESTED ..... 9996
374	RECORD BLOOD GLUCOSE IN MG/DL MG/DL ..... <input type="text"/> REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998	RECORD BLOOD GLUCOSE IN MG/DL MG/DL ..... <input type="text"/> REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998	RECORD BLOOD GLUCOSE IN MG/DL MG/DL ..... <input type="text"/> REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998
375	RECORD HAEMOGLOBIN LEVEL HERE AND IN ANAEMIA PAMPHLET. G/DL ..... <input type="text"/> REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998	RECORD HAEMOGLOBIN LEVEL HERE AND IN ANAEMIA PAMPHLET. G/DL ..... <input type="text"/> REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998	RECORD HAEMOGLOBIN LEVEL HERE AND IN ANAEMIA PAMPHLET. G/DL ..... <input type="text"/> REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998
375A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE? YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 378A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE? YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 378A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE? YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 378A
376	BAR CODE LABEL PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE. REFUSED ..... 999994 NOT SELECTED ..... 999995 OTHER ..... 999996 PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.	BAR CODE LABEL PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE. REFUSED ..... 999994 NOT SELECTED ..... 999995 OTHER ..... 999996 PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.	BAR CODE LABEL PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE. REFUSED ..... 999994 NOT SELECTED ..... 999995 OTHER ..... 999996 PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.
377	MARK FILTER PAPER CARD FOR DIABETES TESTING CHECK 357: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.	MARK FILTER PAPER CARD FOR DIABETES TESTING CHECK 357: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.	MARK FILTER PAPER CARD FOR DIABETES TESTING CHECK 357: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.
378	MARK FILTER PAPER CARD FOR ADDITIONAL TEST ADULT RESPONDENT CHECK 370; MINOR RESPONDENT CHECK 368 AND 370. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.	MARK FILTER PAPER CARD FOR ADDITIONAL TEST ADULT RESPONDENT CHECK 370; MINOR RESPONDENT CHECK 368 AND 370. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.	MARK FILTER PAPER CARD FOR ADDITIONAL TEST ADULT RESPONDENT CHECK 370; MINOR RESPONDENT CHECK 368 AND 370. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.
378A	CHECK 302 IF AGE 50 AND ABOVE OTHER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 382	CHECK 302 IF AGE 50 AND ABOVE OTHER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 382	CHECK 302 IF AGE 50 AND ABOVE OTHER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 382
379	क्या आपने कभी सर्वोच्च कैंसर का स्क्रीनिंग टेस्ट कराया है? YES ..... 1 NO ..... 2	क्या आपने कभी सर्वोच्च कैंसर का स्क्रीनिंग टेस्ट कराया है? YES ..... 1 NO ..... 2	क्या आपने कभी सर्वोच्च कैंसर का स्क्रीनिंग टेस्ट कराया है? YES ..... 1 NO ..... 2
380	क्या आपने कभी स्तन कैंसर के लिए स्तन परीक्षण कराया है? YES ..... 1 NO ..... 2	क्या आपने कभी स्तन कैंसर के लिए स्तन परीक्षण कराया है? YES ..... 1 NO ..... 2	क्या आपने कभी स्तन कैंसर के लिए स्तन परीक्षण कराया है? YES ..... 1 NO ..... 2
381	क्या आपने कभी मुख के कैंसर के लिए ओरल कैविटी का परीक्षण कराया है? YES ..... 1 NO ..... 2	क्या आपने कभी मुख के कैंसर के लिए ओरल कैविटी का परीक्षण कराया है? YES ..... 1 NO ..... 2	क्या आपने कभी मुख के कैंसर के लिए ओरल कैविटी का परीक्षण कराया है? YES ..... 1 NO ..... 2
382	GO BACK TO 302 IN NEXT COLUMN OF THIS QUESTIONNAIRE OR IN THE FIRST COLUMN OF AN ADDITIONAL QUESTIONNAIRE; IF NO MORE WOMEN, GO TO 401.		

WEIGHT, HEIGHT, WAIST & HIP CIRCUMFERENCE, BLOOD PRESSURE, BLOOD GLUCOSE, HAEMOGLOBIN MEASUREMENT, AND  
COLLECTION OF DRIED BLOOD SPOTS FOR MEN

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
401	NAME  LINE NUMBER  AGE  MARITAL STATUS	NAME _____  LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF AGE 55 AND ABOVE, GO TO 412 ← NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2	NAME _____  LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF AGE 55 AND ABOVE, GO TO 412 ← NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2	NAME _____  LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF AGE 55 AND ABOVE, GO TO 412 ← NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2
402	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 407 ↓	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 407 ↓	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 407 ↓
403	WEIGHT IN KILOGRAMS	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ..... 99994 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW.) REFUSED ..... 99995 OTHER ..... 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ..... 99994 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW.) REFUSED ..... 99995 OTHER ..... 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ..... 99994 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW.) REFUSED ..... 99995 OTHER ..... 99996
404	HEIGHT IN CENTIMETRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996
405	WAIST CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996
406	HIP CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 9995 OTHER ..... 9996
407	AGE: CHECK 401.	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 412) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 412) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 412) ←
408	MARITAL STATUS: CHECK 401.	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 412) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 412) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 412) ←
409	RECORD NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR ADOLESCENT.	NAME _____	NAME _____	NAME _____
410	ASK CONSENT FOR BLOOD PRESSURE FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.	<p>मैं, (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप की जांच करना चाहता/चाहती हूँ। यह तीन बार हर 5 मिनट के अन्तराल पर मापा जायेगा यह एक नुकसान रहित प्रक्रिया है। यह किसी व्यक्ति के उच्च रक्त तचाप की जांच करने के लिए प्रयुक्त त होता है। यदि उच्च रक्त तचाप का इलाज नहीं किया गया तो यह कालान्तर में हृदय को भारी क्षति पहुंचा सकता है। रक्त तचाप के जांच का परिणाम आपको बता दिया जायेगा और जांच प्रक्रिया के समाप्त होने के बाद (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप सुचकांक का अर्थ समझाऊंगा। यदि (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप उच्च होगा तब हम (NAME OF ADOLESCENT) से चार घंटे सेवा या चिकित्सक से परामर्श लेने की सलाह देंगे, क्योंकि हम इस सर्वेक्षण के दौरान इससे आगे की जांच या इलाज नहीं कर सकते हैं। आप किसी भी समय इस रक्त तचाप की जांच में नहीं भाग लेने का निर्णय कर सकते हैं। जांच परिणाम को पूर्णतः गोपनीय रखा जायेगा और सर्वेक्षण दल सदस्य के अलावा किसी अन्य को यह जानकारी नहीं दी जायेगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहें तो (NAME OF ADOLESCENT) के जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं। क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) के रक्त तचाप की जांच की अनुमति देंगे?</p>		
411	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3  (SIGN) _____ IF GRANTED, GO TO 412	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3  (SIGN) _____ IF GRANTED, GO TO 412	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3  (SIGN) _____ IF GRANTED, GO TO 412
411A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 ↓ GO TO 440	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 ↓ GO TO 440	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 ↓ GO TO 440

		MAN 1	MAN 2	MAN 3																																																												
	NAME	NAME	NAME	NAME																																																												
412	ASK CONSENT FOR BLOOD PRESSURE FROM RESPONDENT.	<p>मैं, आपके रक्त तचाप की जांच करना चाहता/चाहती हूँ। यह तीन बार हर 5 मिनट के अन्तराल पर मापा जायेगा यह एक नुकसान रहित प्रक्रिया है। यह किसी व्यक्ति के उच्च रक्त तचाप की जांच करने के लिए प्रयुक्त होता है यदि उच्च रक्त तचाप का इलाज नहीं किया गया तो यह कालान्तर में हृदय को भारी क्षति पहुंचा सकता है। रक्त तचाप की जांच का परिणाम आपको बता दिया जायेगा और जांच प्रक्रिया के समाप्त होने के बाद मैं आपको रक्त तचाप सुचकांक का अर्थ समझाऊंगा/उसदि आपका रक्त तचाप उच्च होना तब हम आपको रक्त तचाप से सेबा या चिकित्सा से परामर्श देने की सलाह देंगे क्योंकि हम इस सर्वेक्षण के दौरान इससे आगे की जांच या इलाज नहीं कर सकते हैं। आप किसी भी समय इस रक्त तचाप की जांच में नहीं भाग लेने का निर्णय कर सकते हैं। जांच परिणाम को पूर्णतः गोपनीय रखा जायेगा और सर्वेक्षण दल सदस्य के अलावा किसी अन्य को यह जानकारी नहीं दी जायेगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहें तो जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं। क्या आप अपने इस रक्त तचाप की जांच की अनुमति देंगे?</p>																																																														
413	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) NOT PRESENT ..... 4 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW) IF GRANTED, GO TO 414	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) NOT PRESENT ..... 4 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW) IF GRANTED, GO TO 414	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) NOT PRESENT ..... 4 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW) IF GRANTED, GO TO 414																																																												
413A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 GO TO 440	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 GO TO 440	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 GO TO 440																																																												
414	रक्त तचाप/शुद्धी पी मापने से पहले मैं आपसे कुछ सवाल पूछना चाहूंगा/चाहूंगी उन चीजों के बारे में जो आप को प्रभावित कर सकते हैं। पिछले 30 मिनट में क्या आपने निम्नलिखित में से कुछ कि थी:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a) कुछ खाया था ?</td> <td>EATEN ..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी ?</td> <td>HAD CAFFEINATED DRINK ..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?</td> <td>SMOKED ..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी ?</td> <td>OTHER TOBACCO ... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>		YES	NO		a) कुछ खाया था ?	EATEN ..... 1	2		b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK ..... 1	2		c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED ..... 1	2		d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी ?	OTHER TOBACCO ... 1	2		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a) कुछ खाया था ?</td> <td>EATEN ..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी ?</td> <td>HAD CAFFEINATED DRINK ..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?</td> <td>SMOKED ..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी ?</td> <td>OTHER TOBACCO ... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>		YES	NO		a) कुछ खाया था ?	EATEN ..... 1	2		b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK ..... 1	2		c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED ..... 1	2		d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी ?	OTHER TOBACCO ... 1	2		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a) कुछ खाया था ?</td> <td>EATEN ..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी ?</td> <td>HAD CAFFEINATED DRINK ..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?</td> <td>SMOKED ..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी ?</td> <td>OTHER TOBACCO ... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>		YES	NO		a) कुछ खाया था ?	EATEN ..... 1	2		b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK ..... 1	2		c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED ..... 1	2		d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी ?	OTHER TOBACCO ... 1	2	
	YES	NO																																																														
a) कुछ खाया था ?	EATEN ..... 1	2																																																														
b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK ..... 1	2																																																														
c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED ..... 1	2																																																														
d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी ?	OTHER TOBACCO ... 1	2																																																														
	YES	NO																																																														
a) कुछ खाया था ?	EATEN ..... 1	2																																																														
b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK ..... 1	2																																																														
c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED ..... 1	2																																																														
d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी ?	OTHER TOBACCO ... 1	2																																																														
	YES	NO																																																														
a) कुछ खाया था ?	EATEN ..... 1	2																																																														
b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिनमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK ..... 1	2																																																														
c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED ..... 1	2																																																														
d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी ?	OTHER TOBACCO ... 1	2																																																														
415	क्या मैं रक्त तचाप मापने की प्रक्रिया शुरू करूँ? मैं आपके बांह के परिधि की माप से शुरुवात करता/करती हूँ ताकि मैं सुनिश्चित हो जाऊँ कि मैं सही उपकरण का उपयोग कर रहा/रही हूँ।	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.																																																												
416	USE THE ARM CIRCUMFERENCE MEASUREMENT TO SELECT THE APPROPRIATE BLOOD PRESSURE MONITOR CUFF SIZE.	SMALL: 17 CM – 22 CM ..... 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM ..... 2 LARGE: 32 CM – 42 CM ..... 3	SMALL: 17 CM – 22 CM ..... 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM ..... 2 LARGE: 32 CM – 42 CM ..... 3	SMALL: 17 CM – 22 CM ..... 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM ..... 2 LARGE: 32 CM – 42 CM ..... 3																																																												

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME	NAME _____	NAME _____	NAME _____
417	RECORD TIME OF FIRST BP READING	HOURS MINUTES [ ] [ ] . [ ] [ ]	HOURS MINUTES [ ] [ ] . [ ] [ ]	HOURS MINUTES [ ] [ ] . [ ] [ ]
418	TAKE THE FIRST BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	FIRST BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] DIASTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 440) ←	FIRST BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] DIASTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 440) ←	FIRST BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] DIASTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 440) ←
419	इस सर्वेक्षण के पहले क्या कभी आपका रक्तचाप मापा गया है?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2
420	क्या दो या अधिक बार किसी डॉक्टर, नर्स या एएनएम/एनआई आपको बताया कि आपको अतिरक्त तनाव (हाइपरटेंशन) या उच्च रक्तचाप है?	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 422) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 422) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 422) ←
421	अपने रक्तचाप को कम करने के लिए क्या अब आप निर्धारित दवा ले रहे हैं?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2
422	CHECK THAT IT HAS BEEN AT LEAST 5 MINUTES BEFORE TAKING THE SECOND BLOOD PRESSURE MEASUREMENT			
423	क्या मैं इस समय आपका रक्तचाप माप सकता/सकती हूँ?	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 434) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 434) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 434) ←
424	RECORD TIME OF SECOND BP READING	HOURS MINUTES [ ] [ ] . [ ] [ ]	HOURS MINUTES [ ] [ ] . [ ] [ ]	HOURS MINUTES [ ] [ ] . [ ] [ ]
425	TAKE THE SECOND BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	SECOND BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] DIASTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 434) ←	SECOND BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] DIASTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 434) ←	SECOND BP MEASURE SYSTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] DIASTOLIC ..... [ ] [ ] [ ] REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 434) ←

	MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME _____	NAME _____	NAME _____
426	<b>CHECK THAT IT HAS BEEN AT LEAST 5 MINUTES BEFORE TAKING THE THIRD BLOOD PRESSURE MEASUREMENT</b>		
427	क्या मैं इस समय आपका रक्त तचाप माप सकता/सकती हूँ? YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 436) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 436) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 436) ←
428	RECORD TIME OF THIRD BP READING HOURS MINUTES <input type="text"/> : <input type="text"/>	HOURS MINUTES <input type="text"/> : <input type="text"/>	HOURS MINUTES <input type="text"/> : <input type="text"/>
429	<b>THIRD BP MEASURE</b> SYSTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 436) ←	<b>THIRD BP MEASURE</b> SYSTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 436) ←	<b>THIRD BP MEASURE</b> SYSTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSED ..... 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER ..... 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 436) ←
430	<b>SUM SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SUM SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SUM SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
431	<b>AVERAGE SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438	<b>AVERAGE SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438	<b>AVERAGE SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438
432	<b>SUM DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SUM DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SUM DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
433	<b>AVERAGE DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438	<b>AVERAGE DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438	<b>AVERAGE DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438
433A	<b>IF ONLY ONE MEASUREMENT WAS TAKEN, RECORD THE FIRST SYSTOLIC AND DIASTOLIC NUMBERS HERE.</b>		
434	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438
435	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438
435A	<b>IF ONLY TWO MEASUREMENTS WERE TAKEN, RECORD THE SECOND SYSTOLIC AND DIASTOLIC NUMBERS HERE.</b>		
436	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438	<b>SYSTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438
437	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438	<b>DIASTOLIC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CIRCLE IN 438

		MAN 1	MAN 2	MAN 3																					
	NAME _____	NAME _____	NAME _____	NAME _____																					
438	CIRCLE THE SINGLE NUMBER WHERE THE AVERAGE DIASTOLIC AND SYSTOLIC MEASURES MEET.  AVERAGE SYSTOLIC  <120 120-129 130-139 140-159 160-179 ≥180	AVERAGE DIASTOLIC  <80 80-84 85-89 90-99 100-109 ≥110  1 2 3 4 5 6 2 2 3 4 5 6 3 3 3 4 5 6 4 4 4 4 5 6 5 5 5 5 5 6 6 6 6 6 6 6	AVERAGE DIASTOLIC  <80 80-84 85-89 90-99 100-109 ≥110  1 2 3 4 5 6 2 2 3 4 5 6 3 3 3 4 5 6 4 4 4 4 5 6 5 5 5 5 5 6 6 6 6 6 6 6	AVERAGE DIASTOLIC  <80 80-84 85-89 90-99 100-109 ≥110  1 2 3 4 5 6 2 2 3 4 5 6 3 3 3 4 5 6 4 4 4 4 5 6 5 5 5 5 5 6 6 6 6 6 6 6																					
439	RECORD THE NUMBER YOU CIRCLED IN 438 IN THE CHART BELOW. THEN USE THE INSTRUCTIONS TO THE RIGHT OF THAT NUMBER TO COMPLETE A BLOOD PRESSURE REPORT AND REFERRAL FORM FOR THE RESPONDENT. GIVE THE FORM TO THE RESPONDENT AND ANSWER ANY QUESTIONS.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NUMBER CIRCLED IN 438</th> <th>RESPONDENT'S BLOOD PRESSURE CATEGORY</th> <th>CONSULT HEALTH PROVIDER TO CHECK BLOOD PRESSURE WITHIN:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>NORMAL (OPTIMAL)</td> <td>1 YEAR</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>NORMAL (MILDLY HIGH)</td> <td>1 YEAR</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>NORMAL (MODERATELY HIGH)</td> <td>2 MONTHS</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ABNORMAL (MILDLY ELEVATED)</td> <td>1 MONTH</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ABNORMAL (MODERATELY ELEVATED)</td> <td>1 WEEK</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ABNORMAL (SEVERELY ELEVATED)</td> <td>IMMEDIATELY</td> </tr> </tbody> </table>			NUMBER CIRCLED IN 438	RESPONDENT'S BLOOD PRESSURE CATEGORY	CONSULT HEALTH PROVIDER TO CHECK BLOOD PRESSURE WITHIN:	1	NORMAL (OPTIMAL)	1 YEAR	2	NORMAL (MILDLY HIGH)	1 YEAR	3	NORMAL (MODERATELY HIGH)	2 MONTHS	4	ABNORMAL (MILDLY ELEVATED)	1 MONTH	5	ABNORMAL (MODERATELY ELEVATED)	1 WEEK	6	ABNORMAL (SEVERELY ELEVATED)	IMMEDIATELY
NUMBER CIRCLED IN 438	RESPONDENT'S BLOOD PRESSURE CATEGORY	CONSULT HEALTH PROVIDER TO CHECK BLOOD PRESSURE WITHIN:																							
1	NORMAL (OPTIMAL)	1 YEAR																							
2	NORMAL (MILDLY HIGH)	1 YEAR																							
3	NORMAL (MODERATELY HIGH)	2 MONTHS																							
4	ABNORMAL (MILDLY ELEVATED)	1 MONTH																							
5	ABNORMAL (MODERATELY ELEVATED)	1 WEEK																							
6	ABNORMAL (SEVERELY ELEVATED)	IMMEDIATELY																							
439A		IF 438=6 <input type="checkbox"/> → GO TO 477A OTHER <input type="checkbox"/>	IF 438=6 <input type="checkbox"/> → GO TO 477A OTHER <input type="checkbox"/>	IF 438=6 <input type="checkbox"/> → GO TO 477A OTHER <input type="checkbox"/>																					
439B	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → GO TO 446	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → GO TO 446	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → GO TO 446																					
440	AGE: CHECK 401.	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 444) ← 55 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 450) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 444) ← 55 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 450) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 444) ← 55 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 450) ←																					
441	MARITAL STATUS: CHECK 401.	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 444) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 444) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 444) ←																					
442	ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर स्वास्थ्य समस्या है जो की आमतौर पर खराब पोषण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। एनिमिया जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त के कुछ बूंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेनेवाला यंत्र स्वच्छ और पूरी तरह से सुरक्षित होगा। यह इस जांच से पहले कभी भी उपयोग नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तत्क्षण किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको और (NAME OF ADOLESCENT) को तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहे तो (NAME OF ADOLESCENT) के जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं। क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) का एनिमिया की जांच की अनुमति देंगे?</p>																							
443	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) . . . 3  _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 448)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) . . . 3  _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 448)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) . . . 3  _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 448)																					

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
444	ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर स्वास्थ्य समस्या है जो की आमतौर पर खराब पोषण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। एनिमिया जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त के कुछ बूंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेने वाला यंत्र स्वच्छ और पूरी तरह से सुरक्षित होगा। यह इस जांच के पहले कभी भी उपर्युक्त में नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तत्क्षणिक किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहे तो इस जांच के लिए हॉ अथवा ना कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है। क्या आप एनिमिया की जांच कराना चाहेंगे?</p>		
445	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 _____ (SIGN)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 _____ (SIGN)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 _____ (SIGN)
446	AGE: CHECK 401.	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 450) ← 55 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 450) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 450) ← 55 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 450) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 450) ← 55 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 450) ←
447	MARITAL STATUS: CHECK 401.	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 450) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 450) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 450) ←
448	ASK CONSENT FOR BLOOD GLUCOSE FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम मधुमेह के रक्त की जांच कर रहे हैं। यदि उच्च मधुमेह की जांच नहीं की गयी तो यह हृदय रोग के खतरे और दौरे को बढ़ा सकता है। रक्त में ग्लूकोस की मात्रा जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त की कुछ बूंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेनेवाला यंत्र पूर्ण तरीके से स्वच्छ व सुरक्षित होगा। इसका उपयोग पहले की जांच नहीं किया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। हमें लुकोज हेतु रक्त की जांच तत्क्षणिक किया जायेगा तथा जांच के परिणाम से आपको (NAME OF ADOLESCENT) तुरंत ही अवगत करा दिया जाएगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जाएगा और इस और इस सर्वेक्षण के सदस्यों के अलावा इसे किसी को नहीं बताया जाएगा। मधुमेह की जांच का परिणाम आपको दिया जाएगा और साथ ही मधुमेह सूचकांक के अर्थ से भी आपको (NAME OF ADOLESCENT) अवगत कराया जाएगा। यदि (NAME OF ADOLESCENT) का मधुमेह उच्च होगा तब हम आपको (NAME OF ADOLESCENT) के लिए स्वास्थ्य सेवा या चिकित्सक से परामर्श लेने की सलाह देंगे क्योंकि इस सर्वेक्षण में दौरान हम इससे आगे की जांच या इलाज का परामर्श नहीं दे सकते हैं।</p> <p>क्या आपको रक्त लुकोस (मधुमेह) की जांच के बारे में कुछ पूछना है? यदि आपको इस प्रक्रिया के बारे में किसी भी समय कोई भी प्रश्न है तो कृपया मुझसे पूछें। यदि आप चाहे तो (NAME OF ADOLESCENT) की मधुमेह की जांच के लिए हॉ या ना कह सकते हैं। क्या आप अपने (NAME OF ADOLESCENT) इस जांच की अनुमति देंगे?</p>		
449	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 457)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 457)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 457)

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME _____	NAME _____	NAME _____	NAME _____
450	ASK CONSENT FOR BLOOD GLUCOSE FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में हम मधुमेह के स्तर की भी जांच कर रहे हैं। यदि उच्च मधुमेह की जांच नहीं की गयी तो यह हृदय रोग के खतरे और बीरे को बढ़ा सकता है। रक्त में ग्लूकोस की मात्रा जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त की कुछ बूंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेनेवाला यंत्र पूर्ण तरीके से स्वच्छ और सुरक्षित होगा। इसका इस्तेमाल पढ़कभी नहीं किया गया तथा प्रत्येक जांच के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। ग्लूकोज हेतु रक्त की जांच तत्काल की जाएगी और जांच परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जाएगा। जांच परिणाम को पूर्णतया गोपनीय रखा जाएगा और इस सर्वेक्षण के सदस्यों के अलावा इसके बारे में किसी को भी नहीं बताया जाएगा। मधुमेह जांच का परिणाम आपको दिया जाएगा और साथ ही मधुमेह सूचकांक के अर्थ से भी आपको अवगत कराया जाएगा।</p> <p>क्या आपको रक्त में ग्लूकोस (मधुमेह) की जांच के बारे में कुछ प्युछना है? यदि आपको इस प्रक्रिया के बारे में किसी भी समय कुछ भी प्युछना है तो कृपया मुझसे प्युछें। अब आप चाहें तो मधुमेह जांच के लिए हां या ना कह सकते हैं। क्या आप अपने इस जांच की प्रक्रिया की अनुमति देते?</p>		
451	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 <input type="checkbox"/> RESPONDENT REFUSED ... 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) . 3 <input type="checkbox"/> (SIGN) ← NOT PRESENT ..... 4 <input type="checkbox"/> (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW. (IF REFUSED, GO TO 457)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 <input type="checkbox"/> RESPONDENT REFUSED ... 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) . 3 <input type="checkbox"/> (SIGN) ← NOT PRESENT ..... 4 <input type="checkbox"/> (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW. (IF REFUSED, GO TO 457)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 <input type="checkbox"/> RESPONDENT REFUSED ... 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) . 3 <input type="checkbox"/> (SIGN) ← NOT PRESENT ..... 4 <input type="checkbox"/> (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW. (IF REFUSED, GO TO 457)
452	आखरी बार कब आपने कुछ खाया था ?	HOURS AGO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'
453	आखरी बार कब आपने सादा पानी के अलावा कुछ और पिया था ?	HOURS AGO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'
454	इस सर्वेक्षण से पहले, क्या आपके रक्त में ग्लूकोज की कमी जांच हुई है?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2
455	क्या आपने डॉक्टर, नर्स, या एएनएम द्वारा दो या अधिक अलग-अलग मौकों पर बताया कि आपका रक्त में ग्लूकोज का स्तर अधिक था?	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 457) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 457) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (GO TO 457) ←
456	अपने रक्त में ग्लूकोज के स्तर को कम करने के लिए, क्या अब आप निर्धारित दवा ले रहे हैं?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2
457	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR DBS COLLECTION?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 471)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 471)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 471)

	MAN 1	MAN 2	MAN 3	
	NAME _____	NAME _____	NAME _____	
458	AGE: CHECK 401. 15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 462) ← 55 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 471) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 462) ← 55 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 471) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 462) ← 55 YEARS AND ABOVE ..... 3 (GO TO 471) ←	
459	MARITAL STATUS: CHECK 401. NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 462) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 462) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 462) ←	
460	ASK CONSENT FOR DBS COLLECTION FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.	<p>इस सर्वेक्षण में हम देश भर के लोगों से मलेरिया, HbA1c और विटामिन डी का परीक्षण करने के लिए कह रहे हैं। मलेरिया बुखार का एक सामान्य कारण है और इसका इलाज दवाओं से किया जा सकता है। मलेरिया रोगियों में बुखार या कभी कभी बिना बुखार के मौजूद हो सकता है। मलेरिया के प्रकार का पता लगाना महत्वपूर्ण है और क्या वर्तमान में उपलब्ध दवाएं मलेरिया वाले व्यक्तियों के इलाज के लिए प्रभावी होंगी। दूसरी जांच HbA1c, हीमोग्लोबिन का प्रकार, तीन महीने के औसत रक्त ग्लूकोज के स्तर का अनुमान लगाने के लिए किया जाता है ताकि यह पता लगाया जा सके कि दवा लेने वाले मधुमेह के रोगियों में रक्त ग्लूकोज के स्तर को नियंत्रित किया गया है या नहीं। रक्त में विटामिन डी का स्तर विटामिन डी की कमी का पता लगाने के लिए मापा जाता है, जो भारत में बहुत आम है। विटामिन डी की कमी हड्डियों की भंगुरता का कारण बनती है और इससे फ्रैक्चर हो सकते हैं।</p> <p>यह जांच राष्ट्रीय स्तर की प्रयोगशालाओं में किए जाएंगे तथा उन्नत जानकारी प्राप्त करने के लिए और स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बेहतर बनाने के लिए यह सरकार द्वारा इसका उपयोग किया जाएगा। जांच के लिए, हमें उंगली से रक्त की कुछ (अधिक) बूंदों की आवश्यकता होती है। रक्त लेने के लिए उपयोग किए जाने वाले उपकरण साफ और पूरी तरह से सुरक्षित हैं। इसका उपयोग पढ़ने कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक परीक्षण के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त के नमूना के साथ नाम नहीं जोड़े जाने की वजह से हम आपको जांच परिणाम से अवगत नहीं करा सकते हैं। (NAME OF ADOLESCENT)'s के जांच का परिणाम कोई अन्य भी नहीं जान पायेगा। बुखार और मधुमेह के मामले में देखभाल के बारे में जानकारी निदान और उपचार के लिए निकटतम स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के लिए एक रेफरल पत्र के साथ दी जाएगी। विटामिन डी की कमी को रोकने के तरीकों पर जानकारी भी प्रदान की जाएगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं ? आप चाहे तो इस जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है। क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) की जांच की अनुमति देंगे ?</p>		
461	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 471)	
462	ASK CONSENT FOR DBS COLLECTION FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में हम देश भर के लोगों से मलेरिया, HbA1c और विटामिन डी का परीक्षण करने के लिए कह रहे हैं। मलेरिया बुखार का एक सामान्य कारण है और इसका इलाज दवाओं से किया जा सकता है। मलेरिया रोगियों में बुखार या कभी कभी बिना बुखार के मौजूद हो सकता है। मलेरिया के प्रकार का पता लगाना महत्वपूर्ण है और क्या वर्तमान में उपलब्ध दवाएं मलेरिया वाले व्यक्तियों के इलाज के लिए प्रभावी होंगी। दूसरी जांच HbA1c, हीमोग्लोबिन का प्रकार, तीन महीने के औसत रक्त ग्लूकोज के स्तर का अनुमान लगाने के लिए किया जाता है ताकि यह पता लगाया जा सके कि दवा लेने वाले मधुमेह के रोगियों में रक्त ग्लूकोज के स्तर को नियंत्रित किया गया है या नहीं। रक्त में विटामिन डी का स्तर विटामिन डी की कमी का पता लगाने के लिए मापा जाता है, जो भारत में बहुत आम है। विटामिन डी की कमी हड्डियों की भंगुरता का कारण बनती है और इससे फ्रैक्चर हो सकते हैं।</p> <p>यह जांच राष्ट्रीय स्तर की प्रयोगशालाओं में किए जाएंगे तथा उन्नत जानकारी प्राप्त करने के लिए और स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बेहतर बनाने के लिए यह सरकार द्वारा इसका उपयोग किया जाएगा। जांच के लिए, हमें उंगली से रक्त की कुछ (अधिक) बूंदों की आवश्यकता होती है। रक्त लेने के लिए उपयोग किए जाने वाले उपकरण साफ और पूरी तरह से सुरक्षित हैं। इसका उपयोग पढ़ने कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक परीक्षण के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त के नमूना के साथ नाम नहीं जोड़े जाने की वजह से हम आपको जांच परिणाम से अवगत नहीं करा सकते हैं। जांच का परिणाम कोई अन्य भी नहीं जान पायेगा। बुखार और मधुमेह के मामले में देखभाल के बारे में जानकारी निदान और उपचार के लिए निकटतम स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के लिए एक रेफरल पत्र के साथ दी जाएगी। विटामिन डी की कमी को रोकने के तरीकों पर जानकारी भी प्रदान की जाएगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं ? आप चाहे तो इस जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है। क्या आप की जांच की अनुमति देंगे ?</p>		
463	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE, SIGN YOUR NAME. GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3 (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 471)	
464	AGE: CHECK 401. 15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 468) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 468) ←	15-17 YEARS ..... 1 18-54 YEARS ..... 2 (GO TO 468) ←	
465	MARITAL STATUS: CHECK 401. NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 468) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 468) ←	NEVER MARRIED ..... 1 OTHER ..... 2 (GO TO 468) ←	

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
466	ASK CONSENT FOR ADDITIONAL TESTING FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.	(NAME OF ADOLESCENT) का खून के नमूने की अतिरिक्त जांच या अन्वेषण के लिए (NAME OF AGENCY) प्रयोगशाला में उसको संग्रह करने की आपने अनुमति चाहते हैं। अतिरिक्त जांच के बारे में हम निश्चित नहीं हैं। इस खून के नमूने के साथ (NAME OF ADOLESCENT) का नाम या कोई पहचान जुड़ा नहीं रहेगा। यदि आप खून के नमूने की अतिरिक्त जांच नहीं कराना चाहते फिर भी (NAME OF ADOLESCENT) इस सर्वेक्षण में भाग ले सकते हैं।  क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) के खून के नमूने की अतिरिक्त जांच के लिए उसको संग्रह करने की अनुमति देंगे?		
467	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3  (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 470)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3  (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 470)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3  (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 470)
468	ASK CONSENT FOR ADDITIONAL TESTING, FROM RESPONDENT.	आपके खून के नमूने की अतिरिक्त जांच या अन्वेषण के लिए (NAME OF AGENCY) प्रयोगशाला में उसको संग्रह करने की आपने अनुमति चाहते हैं। अतिरिक्त जांच के बारे में हम निश्चित नहीं हैं। इस खून के नमूने के साथ नाम या कोई पहचान जुड़ा नहीं रहेगा। यदि आप खून के नमूने की अतिरिक्त जांच नहीं कराना चाहते फिर भी इस सर्वेक्षण में भाग ले सकते हैं।  क्या आपके खून के नमूने की अतिरिक्त जांच के लिए उसको संग्रह करने की अनुमति देंगे?		
469	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3  (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3  (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) ..... 1 RESPONDENT REFUSED ..... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) ..... 3  (SIGN) ← (IF REFUSED, GO TO 471)
471	<b>PREPARE EQUIPMENT AND SUPPLIES ONLY FOR THE TEST(S) FOR WHICH CONSENT HAS BEEN OBTAINED AND PROCEED WITH THE TEST(S)</b>			
472	RECORD THE TIME OF THE BLOOD GLUCOSE TEST	HOURS MINUTES [ ][ ] . [ ][ ] NOT TESTED ..... 9996	HOURS MINUTES [ ][ ] . [ ][ ] NOT TESTED ..... 9996	HOURS MINUTES [ ][ ] . [ ][ ] NOT TESTED ..... 9996
473	RECORD BLOOD GLUCOSE IN MG/DL	MG/DL ..... [ ][ ][ ] REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998	MG/DL ..... [ ][ ][ ] REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998	MG/DL ..... [ ][ ][ ] REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998
473A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES NO [ ] [ ] → GO TO 479	YES NO [ ] [ ] → GO TO 479	YES NO [ ] [ ] → GO TO 479
474	RECORD HAEMOGLOBIN LEVEL HERE AND IN ANAEMIA PAMPHLET.	G/DL ..... [ ][ ] . [ ][ ] REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998	G/DL ..... [ ][ ] . [ ][ ] REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998	G/DL ..... [ ][ ] . [ ][ ] REFUSED ..... 995 OTHER ..... 996 NOT TESTED ..... 998
475	BAR CODE LABEL	PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE.  REFUSED ..... 999994 NOT SELECTED ..... 999995 OTHER ..... 999996  PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.	PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE.  REFUSED ..... 999994 NOT SELECTED ..... 999995 OTHER ..... 999996  PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.	PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE.  REFUSED ..... 999994 NOT SELECTED ..... 999995 OTHER ..... 999996  PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.
476	MARK FILTER PAPER CARD FOR DIABETES TESTING	CHECK 456: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.	CHECK 456: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.	CHECK 456: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.
477	MARK FILTER PAPER CARD FOR ADDITIONAL TEST	ADULT RESPONDENT CHECK 469; MINOR RESPONDENT CHECK 467 AND 469. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.	ADULT RESPONDENT CHECK 469; MINOR RESPONDENT CHECK 467 AND 469. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.	ADULT RESPONDENT CHECK 469; MINOR RESPONDENT CHECK 467 AND 469. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.
477A	CHECK 402	IF AGE 55 AND ABOVE [ ] → GO TO 479 OTHER [ ]	IF AGE 55 AND ABOVE [ ] → GO TO 479 OTHER [ ]	IF AGE 55 AND ABOVE [ ] → GO TO 479 OTHER [ ]
478	क्या आपने कभी ओरेल कैविटी का परीक्षण करवाया है?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2
479	GO BACK TO 402 IN NEXT COLUMN OF THIS QUESTIONNAIRE OR IN THE FIRST COLUMN OF AN ADDITIONAL QUESTIONNAIRE; IF NO MORE MEN, END INTERVIEW.			

HEALTH INVESTIGATOR'S OBSERVATIONS

TO BE FILLED IN AFTER COMPLETING BIOMARKERS

COMMENTS ABOUT RESPONDENT:

---

---

---

---

---

---

COMMENTS ON SPECIFIC TESTS/QUESTIONS:

---

---

---

---

---

ANY OTHER COMMENTS:

---

---

---

---

---

SUPERVISOR'S OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

---

NAME OF SUPERVISOR: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_