

INTRODUCTION AND INFORMED CONSENT

नमस्ते, मेरा नाम _____ है और मैं (संस्थान का नाम) में काम करती हूँ। हम महिलाओं तथा बच्चों के स्वास्थ्य के बारे में एक जिलास्तरीय परिवार सर्वेक्षण कर रहे हैं। इस सर्वेक्षण में भाग लेने के लिए हम आपके बहुत आभारी होंगे। इस सर्वेक्षण में स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग, स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता और संक्रामक बीमारियों सहित कई विभिन्न स्वास्थ्य संबंधी विषयों पर चर्चा की जाएगी। यह सूचना सरकार को स्वास्थ्य तथा सूचना संबंधी जरूरतों के निर्धारण एवं स्वास्थ्य सेवाओं की बेहतर योजना बनाने में सहायक होगी। सर्वेक्षण को पूरा करने में सामान्यतः आधा घण्टा समय लगता है। आपके द्वारा दी गई सूचना पूरी तरह से गोपनीय रखी जाएगी और यह अन्य व्यक्तियों को नहीं दिखाई जाएगी।

इस सर्वेक्षण में भाग लेना स्वैच्छिक है यदि आप भाग लेती हैं लेकिन सर्वेक्षण के दौरान आप कभी भी मना कर सकती हैं। हम आशा करते हैं कि आप इस सर्वेक्षण में भाग लेंगी क्योंकि आपका भाग लेना महत्वपूर्ण है।

इस समय, क्या सर्वेक्षण के बारे में आप मुझसे कुछ पूछना चाहती हैं?

ANSWER ANY QUESTIONS AND ADDRESS RESPONDENTS CONCERNS.

यदि आपको सर्वेक्षण के बारे में और अधिक जानकारी चाहिए तो आप उन व्यक्तियों से सम्पर्क करें जिनके (नाम) कार्ड पर दिए गए हैं और वह कार्ड आपके परिवार को पहले ही दे दिया गया है।

क्या अब मैं साक्षात्कार लेना प्रारंभ कर सकती हूँ?

My name is _____ and I am working with (NAME OF ORGANIZATION). We are conducting a District Level Household Survey about the health of women and children. We would very much appreciate your participation in this survey. Several different health-related topics will be discussed including use of health services, the quality of health care and infectious diseases. This information will help the government to assess health and information needs and to plan better health services. The survey usually takes around half an hour to complete. Whatever information you provide will be kept strictly confidential and will not be shown to other persons.

Participation in this survey is voluntary and if you choose to participate, you may withdraw at any time. However, we hope that you will take part in this survey since your participation is important.

At this time, do you want to ask me anything about the survey?

ANSWER ANY QUESTIONS AND ADDRESS RESPONDENT'S CONCERNS.

In case you need more information about the survey, you may contact these persons listed on the card that has already been given to your household.

May I begin the interview now?

साक्षात्कारकर्ता के हस्ताक्षर / Signature of interviewer _____ दिनांक /Date _____

RESPONDENT AGREES TO BE INTERVIEWED ...1 RESPONDENT DOES NOT AGREE TO BE INTERVIEWED...2 → END
BEGIN INTERVIEW

↓
START/BEGAN

भाग-I
महिला की विशेषताएं
SECTION-I
WOMAN'S CHARACTERISTICS

Q NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO		
Q101	समय दर्ज करें / RECORD THE TIME	HOUR/ घण्टा <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES/ मिनट <input type="text"/> <input type="text"/>			
Q102	परिवार प्रश्नावली में महिला की पंक्ति संख्या LINE NUMBER OF THE WOMAN IN HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Q103	परिवार प्रश्नावली में पति की पंक्ति संख्या LINE NUMBER OF THE HUSBAND IN HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE IF HE IS NOT LISTED IN THE HOUSEHOLD RECORD '00'	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Q104	आपकी उम्र क्या है? How old are you?	AGE IN COMPLETED YEARS/आयु पूर्ण वर्षों में <input type="text"/> <input type="text"/>			
Q105	आपकी वर्तमान वैवाहिक स्थिति क्या है? What is your current marital status?	CURRENTLY MARRIED/ फिलहाल शादीशुदा है... 1 MARRIED BUT GAUNA NOT PERFORMED/ शादीशुदा हैं पर गौना नहीं हुआ... 2 SEPARATED/अलग-अलग रहना 3 DESERTED/ पति छोड़ गया 4 DIVORCED/ तलाक हो गया 5 WIDOWED/ विधवा 6	→ Q109B → Q109C		
Q 106	आपके पति की आयु क्या है ? How old is your husband?	AGE IN COMPLETED YEARS/ आयु पूर्ण वर्षों में DO NOT KNOW/ पता नहीं 98 <input type="text"/> <input type="text"/>			
Q107	CHECK Q105: CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/> MARRIED BUT GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/>		→ Q110		
Q108	क्या आप अभी अपने पति के साथ रह रही हैं या वे किसी दूसरी जगह पर रह रहे हैं? Are you living with your husband now, or is he staying elsewhere?	LIVING WITH HUSBAND/ पति के साथ रह रहे हैं 1 STAYING ELSEWHERE/ पति दूसरी जगह रहते हैं 2	→ Q110 → Q109A		
Q109	A. CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/> कितने समय से आप और आपके पति एकसाथ नहीं रह रहे हैं? Since how long have you and your husband not been living together? IF LESS THAN 1 MONTH RECORD DAYS IF LESS THAN 1 YEAR RECORD MONTHS OTHERWISE RECORD COMPLETED YEARS	B. SEPARATED / DESERTED/ DIVORCED <input type="checkbox"/> कितने समय से आप अपने पति के साथ नहीं रह रही हैं ? Since how long you have not been living with your husband? IF LESS THAN 1 MONTH RECORD DAYS IF LESS THAN 1 YEAR RECORD MONTHS OTHERWISE RECORD COMPLETED YEARS	C. WIDOWED <input type="checkbox"/> आपके पति की मृत्यु कब हुई ? When did your husband die? IF LESS THAN 1 MONTH RECORD DAYS IF LESS THAN 1 YEAR RECORD MONTHS OTHERWISE RECORD COMPLETED YEARS	DAYS/ दिनों से MONTHS/ महीनों से YEARS/ वर्षों से <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Q110	क्या आपके पति कभी भी स्कूल गए हैं / थे ? Have/had your husband ever attended school?	YES/ हाँ 1 NO/ नहीं 2 DO NOT KNOW/ मालूम नहीं 8	→ Q112		

Q NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q111	उन्होंने कौन सा उच्चतम कक्षा पास किया है / थे? What is/was the highest standard he completed?	STANDARD/कक्षा <input type="text"/> <input type="text"/> DO NOT KNOW/ मालूम नहीं 98	
Q112	क्या आपने कभी भी स्कूल में पढ़ाई की है ? Have you ever attended school?	YES 1 NO 2 →	Q114
Q113	आपने कौनसा उच्चतम कक्षा पास किया है ? What is the highest standard you have passed?	STANDARD/कक्षा <input type="text"/> <input type="text"/>	
Q113A	CHECK Q113 STANDARD 0-5 <input type="checkbox"/> ↓ STANDARD 6 AND ABOVE <input type="checkbox"/> →		Q115
Q114	अब मैं चाहूँगी कि आप मुझे यह वाक्य पढ़ कर सुनाएं । Now I would like you to read out this sentence to me. (SHOW A SENTENCE FROM THE LITERACY CARD TO THE RESPONDENT.) IF THE RESPONDENT CANNOT READ WHOLE SENTENCE, PROBE: क्या आप इस वाक्य के किसी भी भाग को पढ़कर सुना सकती है ? Can you read out any part of the sentence to me?	CANNOT READ AT ALL/ बिल्कुल पढ़ नहीं पाना 1 ABLE TO READ ONLY PART OF SENTENCE/ वाक्य का कुछ हिस्सा ही पढ़ पाना 2 ABLE TO READ WHOLE SENTENCE/ पूरा वाक्य पढ़ लेना 3 NO CARD WITH REQUIRED LANGUAGE(Specify)/ उनकी भाषा में लिखा कार्ड नहीं था 4 BLIND/VISUALLY IMPAIRED/ अंधा होना / दिखाई न देना 5	
Q115	जैसा कि आप जानती हैं, कुछ महिलाएं ऐसे काम करती हैं जिनके लिए उन्हें नगद या किसी चीज/वस्तु के रूप में भुगतान किया जाता है अन्य महिलाएं सामान बेचती हैं, छोटा व्यापार करती हैं अथवा घर की खेती या घर के व्यापार में हाथ बंटाती हैं पिछले सात दिनों में क्या आपने इनमें से कोई काम, या कोई अन्य काम किया है ? As you know, some women take up jobs for which they are paid in cash or kind. Others sell things, have a small business or work on the family farm or in the family business. In the last seven days , have you done any of these things or any other work?	YES/ हाँ 1 → NO/ नहीं 2	Q117
Q116	पिछले 12 महीनों में क्या आपने कोई काम किया है ? Have you done any work in the last 12 months?	YES/ हाँ 1 NO/ नहीं 2 →	Q118
Q117	आपका व्यवसाय क्या है /था अर्थात् मुख्यतः आप किस प्रकार का काम करती हैं ? What is/was your occupation, that is, what kind of work you mainly do? (WRITE ACTUAL OCCUPATION. SUPERVISOR OR EDITOR WILL CODE FROM LIST.)	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> _____	
Q118	विवाह के समय आपकी उम्र कितनी थी ? How old were you at the time of your marriage?	AGE IN COMPLETED YEARS/ आयु पूर्ण वर्षों में <input type="text"/> <input type="text"/>	
Q118A	CHECK Q105 ALL OTHER WOMEN <input type="checkbox"/> ↓ MARRIED BUT GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/> →		Q260
Q119	जब आपने अपने पति के साथ रहना शुरू किया उस समय आपकी उम्र क्या थी ? How old were you when you started living with your husband?	AGE IN COMPLETED YEARS / आयु पूर्ण वर्षों में <input type="text"/> <input type="text"/>	

Q NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q120	अब मैं आपसे आपके सभी गर्भावस्था के बारे में जानना चाहूँगी NOW I WOULD LIKE TO ASK ABOUT ALL THE PREGNANCIES THAT YOU HAVE HAD TILL NOW क्या आपने कभी किसी जीवित बच्चे को जन्म दिया है? Have you ever given live birth? (INCLUDE ONLY BIOLOGICAL CHILDREN. CONSIDERED CHILDREN OF SURROGATE MOTHER, AS BIOLOGICAL CHILDREN)	YES/ हाँ 1 NO/ नहीं 2	→ Q128
Q121	जब आपने प्रथम बच्चे को जन्म दिया उस समय आपकी उम्र क्या थी ? How old were you at the time when your first child was born?	AGE IN COMPLETED YEARS/ आयु पूर्ण वर्षों में <input type="text"/> <input type="text"/>	
Q122	क्या आपके कोई ऐसे बेटे या बेटियाँ हैं, जिन्हें आपने जन्म दिया है और जो इस समय आपके साथ रहते हैं ? Do you have any sons or daughters whom you have given birth to and are now living with you?	YES/ हाँ 1 NO/ नहीं 2	→ Q124
Q123	कितने बेटे आपके साथ रहते हैं ? How many sons live with you? और कितनी बेटियाँ आपके साथ रहती हैं ? And how many daughters live with you?	SONS AT HOME/ (इसी घर में) साथ रहने वाले बेटे..... <input type="text"/> <input type="text"/> DAUGHTERS AT HOME/ (इसी घर में) साथ रहने वाली बेटियाँ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF NONE, RECORD '00'	
Q124	क्या आपके कोई ऐसे बेटे/बेटियाँ हैं, जिन्हें आपने जन्म दिया है जो जीवित हैं लेकिन आपके साथ नहीं रहते हैं ? Do you have any sons or daughters to whom you have given birth to and are alive but do not live with you?	YES/ हाँ 1 NO/ नहीं 2	→ Q126
Q125	ऐसे कितने जीवित बेटे हैं जो आपके साथ नहीं रहते हैं ? How many sons are alive but do not live with you? और ऐसी कितनी जीवित बेटियाँ हैं जो आपके साथ नहीं रहती हैं ? And how many daughters are alive but do not live with you?	SONS ELSEWHERE/ किसी दूसरी जगह रहने वाले लड़के..... <input type="text"/> <input type="text"/> DAUGHTERS ELSEWHERE/ किसी दूसरी जगह रहने वाली लड़कियाँ..... <input type="text"/> <input type="text"/> IF NONE, RECORD '00'	
Q126	क्या आपने कभी किसी लड़का या लड़की को जन्म दिया है, जो जन्म के समय जीवित था /थी लेकिन बाद में जिनकी मृत्यु हो गयी ? Have you ever given birth to a boy or a girl who was born alive but later died? (यदि नहीं: जैसे कोई बच्चा रोया था, जिसमें जीवित होने का कोई लक्षण था लेकिन बाद में जीवित नहीं रहा) (IF NO, PROBE: ANY BABY WHO CRIED OR SHOWED SIGNS OF LIFE BUT DID NOT SURVIVE?)	YES/ हाँ 1 NO/ नहीं 2	→ Q128
Q127	कितने लड़कों की मृत्यु हुई है ? How many boys have died? और कितनी लड़कियों की मृत्यु हुई है ? And how many girls have died?	BOYS DEAD/ मृत लड़के <input type="text"/> <input type="text"/> GIRLS DEAD/ मृत लड़कियाँ <input type="text"/> <input type="text"/> IF NONE, RECORD '00'	
Q128	क्या आपके किसी गर्भावस्था की समाप्ति मृत जन्म से हुई ? Did you have any pregnancy, which terminated in still birth ? यदि हाँ, तो कितने ? If yes, how many?	NO/नहीं 0 YES, NUMBER/ हाँ (संख्या)..... <input type="text"/>	
Q129	क्या आपके किसी गर्भ की समाप्ति स्वतः गर्भपात या प्रेरित गर्भपात से हुई ? Did any of your pregnancy terminate in spontaneous or induced abortion ? कितने If yes, how many?	NO/नहीं 0 SPONTANEOUS ABORTION स्वतः गर्भपात (संख्या)..... <input type="text"/> INDUCED ABORTION प्रेरित गर्भपात (संख्या)..... <input type="text"/>	→ Q134

Q NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																				
Q130	जब आपके आखिरी गर्भ की समाप्ति प्रेरित गर्भपात से हुई उस समय आपको कितने महीने का गर्भ था? How many months pregnant were you when you had last induced abortion?	MONTHS/ महीने..... <input type="text"/> IF LESS THAN '1' MONTH RECORD अगर एक माह से कम हो तो.....'0'																																					
Q131	आपके आखिरी प्रेरित गर्भपात के पूर्व क्या आपका अल्ट्रासाउंड परीक्षण हुआ था? At any time before (last) induced abortion did you have an ultrasound test ?	YES/ हाँ..... 1 NO/ नहीं 2																																					
Q132	आपको (आखिरी) प्रेरित गर्भपात के लिए किसने सलाह दी थी ? Who advised you for the (last) induced abortion ? (RECORD ALL MENTIONED)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. DOCTOR / डाक्टर</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. ANM/NURSE/LHV/ ए एन एम / नर्स/ एल एच वी.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. MALE HEALTH WORKER/ वरुष स्वास्थ्य कर्ता</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. ASHA/ आशा</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. DAI / दाई</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. HUSBAND/ पति.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. MOTHER-IN-LAW/ सास</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. MOTHER/ माँ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. RELATIVES/FRIENDS / रिश्तेदार/ मित्र.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. SELF/ स्वयं.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. OTHER/ अन्य.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(SPECIFY/ स्पष्ट करें)</p>		YES	NO	A. DOCTOR / डाक्टर	1	2	B. ANM/NURSE/LHV/ ए एन एम / नर्स/ एल एच वी.....	1	2	C. MALE HEALTH WORKER/ वरुष स्वास्थ्य कर्ता	1	2	D. ASHA/ आशा	1	2	E. DAI / दाई	1	2	F. HUSBAND/ पति.....	1	2	G. MOTHER-IN-LAW/ सास	1	2	H. MOTHER/ माँ	1	2	I. RELATIVES/FRIENDS / रिश्तेदार/ मित्र.....	1	2	J. SELF/ स्वयं.....	1	2	K. OTHER/ अन्य.....	1	2	
	YES	NO																																					
A. DOCTOR / डाक्टर	1	2																																					
B. ANM/NURSE/LHV/ ए एन एम / नर्स/ एल एच वी.....	1	2																																					
C. MALE HEALTH WORKER/ वरुष स्वास्थ्य कर्ता	1	2																																					
D. ASHA/ आशा	1	2																																					
E. DAI / दाई	1	2																																					
F. HUSBAND/ पति.....	1	2																																					
G. MOTHER-IN-LAW/ सास	1	2																																					
H. MOTHER/ माँ	1	2																																					
I. RELATIVES/FRIENDS / रिश्तेदार/ मित्र.....	1	2																																					
J. SELF/ स्वयं.....	1	2																																					
K. OTHER/ अन्य.....	1	2																																					
Q133	आखिरी प्रेरित गर्भपात कहाँ करवाया गया था ? Where was the last induced abortion performed?	GOVERNMENT HOSPITAL/हॉस्पिटल.....01 DISPENSARY/ दवाखाना.....02 UHC/UHP/UFWC/यू एच सी/यू एच पी / यू एफ डब्ल्यू सी03 CHC/RUR. HOSP/ सी एच सी/ ग्रामीण अस्पताल.....04 PHC / प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र05 SUB-CENTRE/ उप स्वास्थ्य केन्द्र06 OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY/अन्य सरकारी स्वास्थ्य सुविधाएं.....07 NGO/TRUST HOSP. /CLINIC08 PRIVATE HOSP./MATERNITYHOME/ CLINIC/ अस्पताल /प्रसूति गृह / क्लिनिक.....09 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY/ अन्य निजी स्वास्थ्य सुविधाएं.....10 HOME/घर 11 OTHER/अन्य96 (SPECIFY/स्पष्ट करें)																																					
Q134	SUM ANSWERS TO Q123, Q125 AND Q127 ENTER TOTAL (IF NONE, RECORD '00')	TOTAL LIVE BIRTHS कुल जीवित जन्म..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																					
Q135	SUM ANSWERS TO Q123, Q125, Q127, Q128 and Q129 (IF NONE, RECORD '00')	TOTAL PREGNANCIES कुल गर्भावस्था..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																					

Q NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q136A	<p>CHECK Q134 AND Q135: यह सुनिश्चित करने के लिए कि मैंने सही लिखा है : आपने कुल मिलाकर ----- - जीवित बच्चे जन्म दिए/और जीवन में आप कुल मिलाकर ----- बार गर्भवती (वर्तमान गर्भ को छोड़कर, यदि कोई है) हुई थी। क्या यह सही है?</p> <p>Just to make sure that I have recorded correctly: you have had in TOTAL _____ live births and TOTAL _____ pregnancies (EXCLUDE CURRENT PREGNANCY IF ANY) during your life. Is that correct?</p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → PROBE AND CORRECT AS NECESSARY Q123, Q125, Q127, Q128, Q129, Q134 AND Q135</p> <p>NOTE: In case women reported less than calculated number of pregnancies, check whether she had any pregnancy which resulted in multiple births / outcomes. Correct total number of pregnancies and write the number of pregnancies, which had resulted in multiple outcomes.</p> <p>Number of pregnancies resulted in multiple outcomes <input type="text"/></p>		
Q136B	<p>CHECK Q105</p> <p>SEPARATED/ DESERTED/ DIVORCED/ WIDOW <input type="checkbox"/></p> <p>CHECK Q109</p> <p>0 - 4 YEARS <input type="checkbox"/> MORE THAN 4 YEARS <input type="checkbox"/></p>	<p>CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/></p> <p>GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/></p>	<p>GO TO Q137</p> <p>GO TO Q260</p> <p>GO TO Q137</p> <p>GO TO Q260</p>

Q137: अब मैं जानना चाहती हूँ कि 1 जनवरी, 2004 से अबतक आप कितनी बार गर्भवती हुईं जिसका परिणाम जीवित जन्म, मृत जन्म या गर्भपात के रूप में हुआ है ?

Now I would like to ask you, about the number of times you were pregnant which resulted in live births, still births or abortions since January 1, 2004?

RECORD TOTAL NO. OF PREGNANCIES ----- If '0' GO TO Q260

START WITH THE LATEST PREGNANCY EXCLUDING THE CURRENT PREGNANCY. RECORD ALL PREGNANCIES IN 138. RECORD TWINS AND TRIPLETS ON SEPARATE LINES

Q138 गर्भ की संख्या Line number /Pregnancy number	Q139 गर्भावस्था का परिणाम क्या था? What was the outcome of pregnancy? LIVE BIRTH STILL BIRTH INDUCED SPONTANEOUS	Q140 आपके (पहले/अगले) बच्चों का नाम क्या रखा गया था ? What name was given to your baby?	Q141 क्या वह अकेला या एक से अधिक जन्मा था ? Was (his/her) a single or multiple births?	Q141A उसका/ उसकी जन्मक्रम क्या है? What is his/her birth order? (ONLY FOR LIVE BIRTH)	Q142 (नाम) लड़का है या लड़की? Is (NAME) a boy or a girl?	Q143 आपने किस महीने और वर्ष में जीवित जन्म, मृत जन्म दिए या आपका गर्भपात हुआ? In which month and year you had live birth/ still birth/abortion? Probe: (In case of live birth, what is his/her birth date?)	Q144 (नाम) के जन्म, /मृत जन्म या गर्भपात के के समय आपकी उम्र क्या थी ? What was your age at the time of (Name)'s birth/still birth/abortion?	IF LIVE BIRTH	
								Q145 क्या (नाम) अभी जीवित है ? Is (NAME) still alive?	Q146 मृत्यु के समय (नाम) की आयु कितनी थी ? If DEAD How old was (NAME) when he/she died? If "< 1 year", PROBE: How many months old was (NAME)? RECORD DAYS IF LESS THAN 1 MONTH, MONTHS IF LESS THAN 1 TWO YEARS, OR YEARS IF MORE THAN 2 YEARS
(1) Last pregnancy	LIVE BIRTH 1 STILL BIRTH 2 → Q141 INDUCED 3 → Q142 SPONT 4 → Q143	_____ (NAME)	SINGLE 1 MULTIPLE 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	BOY = 1 GIRL = 2 DK = 8	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES.....1 GO TO NEXT ROW ← NO...2 →	DAYS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(2) Previous last pregnancy	LIVE BIRTH 1 STILL BIRTH 2 → Q141 INDUCED 3 → Q142 SPONT 4 → Q143	_____ (NAME)	SINGLE 1 MULTIPLE 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	BOY = 1 GIRL = 2 DK = 8	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES.....1 GO TO NEXT ROW ← NO...2 →	DAYS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(3) Second from last pregnancy	LIVE BIRTH 1 STILL BIRTH 2 → Q141 INDUCED 3 → Q142 SPONT 4 → Q143	_____ (NAME)	SINGLE 1 MULTIPLE 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	BOY = 1 GIRL = 2 DK = 8	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES.....1 GO TO NEXT ROW ← NO...2 →	DAYS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(4) Third from last pregnancy	LIVE BIRTH 1 STILL BIRTH 2 → Q141 INDUCED 3 → Q142 SPONT 4 → Q143	_____ (NAME)	SINGLE 1 MULTIPLE 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	BOY = 1 GIRL = 2 DK = 8	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES.....1 GO TO NEXT SEC. ← NO...2 →	DAYS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>NOTE: IN Q142 'DK' (DO NOT KNOW) ONLY IN CASE OF INDUCED ABORTIONS.</p> <p>Q147: CHECK Q139 AND Q145 AND ENTER THE NUMBER OF SURVIVING CHILDREN BORN AFTER 1ST JANUARY 2004 (IF NONE, RECORD '0'). <input type="text"/></p>									

भाग-II
प्रसवपूर्व, प्रसव के दौरान तथा प्रसवोत्तर देखरेख
SECTION –II
ANTE-NATAL, NATAL AND POST-NATAL CARE

अब मैं आपसे जनवरी 1, 2004 से अबतक आपको गर्भावस्था के दौरान मिली प्रसवपूर्व, प्रसव के दौरान तथा प्रसवोत्तर देखरेख के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी।

Now I would like to ask you some questions about the Antenatal, Natal and Post-Natal care for your pregnancies since 1 January 2004.

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q201	CHECK Q137: ONE OR MORE PREGNANCIES IN 2004 OR LATER	NO PREGNANCY IN 2004 OR LATER	GO TO Q260
Q201A	CHECK Q139: LIVE BIRTH/STILL BIRTH LAST PREGNANCY	INDUCED/ SPONTANEOUS ABORTION	GO TO Q260
Q202	आपको पिछली गर्भावस्था के बारे में किस महीने में पता चला? During which month did you come to know about last pregnancy?	WITHIN THREE MONTHS INTO PREGNANCY/ गर्भावस्था के तीन महीने के अन्दर1 AFTER THREE MONTHS INTO PREGNANCY/ गर्भावस्था के तीन महीने के बाद2	
Q203	क्या आपने पिछली गर्भावस्था की जांच (मुत्र परीक्षण) करवाई थी ? Did you undergo Pregnancy confirmation test (urine test) during the last pregnancy ?	YES/ हाँ1 NO/ नहीं2	
Q204	क्या आपने पिछली गर्भावस्था को पंजीकृत करवाई थीं? Did you register your last pregnancy?	YES/ हाँ1 NO/ नहीं2	Q206
Q205	यदि हां तो गर्भावस्था किसके द्वारा पंजीकृत की गई थी? Pregnancy was registered with whom?	GOVT. DOCTOR/ सरकारी डाक्टर 1 PRIVATE DOCTOR/ निजी डाक्टर 2 ANM/ ए. एन. एम. 3 ANGANWADI WORKER/आंगनवाड़ी कार्यकर्ता 4 ASHA/आशा 5 OTHERS/ अन्य 6 (SPECIFY/ स्पष्ट करें)	
Q206	जब आप (बच्चे नाम/ मृत बच्चे) गर्भवती हुई थीं तो क्या आप प्रसवपूर्व जांच करवायी थी? When you were pregnant with (NAME/ THE STILL BIRTH), did you receive antenatal care?	YES/ हाँ1 NO/ नहीं2 (IF NO, PROBE)	Q220
Q207	पिछली गर्भावस्था के दौरान जब आपको पहली बार प्रसवपूर्व देखभाल मिली, तब आप कितने महीनों से गर्भवती थीं? After how many months of last pregnancy did you receive first antenatal care?	MONTHS/ महीने DON'T KNOW/ पता नहीं98	
Q208	पिछली गर्भावस्था के दौरान आपको कितनी बार प्रसवपूर्व देखभाल मिली ? How many times you received antenatal check up during last pregnancy?	NUMBER OF TIMES/ कितनी बार (संख्या) DON'T KNOW पता नहीं98	

Q.NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES		SKIP TO
Q209	<p>पिछली गर्भावस्था के दौरान आपको प्रसवपूर्व देखभाल कहाँ पर मिली ?</p> <p>Where did you receive antenatal care for last pregnancy?</p> <p>कोई अन्य जगह ? Any other place?</p> <p>यदि उत्तरदाता अस्पताल, स्वास्थ्य केन्द्र, क्लीनिक, सरकारी या गैर-सरकारी दवाखाना बताने में असमर्थ है तो उस जगह का नाम दर्ज करें जहाँ वह केन्द्र है ?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL/ HEALTH CENTRE/ CLINIC IS GOVERNMENT OR PRIVATE MEDICAL SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S)</p> <p>_____</p> <p>स्थान का नाम NAME OF THE PLACE(S)</p> <p>(बताए गए सभी स्थानों को दर्ज करें) (RECORD ALL MENTIONED)</p>	<p>YES NO</p> <p>GOVERNMENT</p> <p>A. HOSPITAL/ अस्पताल 1 2</p> <p>B. DISPENSARY/ दवाखाना 1 2</p> <p>C. UHC/UHP/UFWC/यू एच सी/ यू एच पी/ यू एफ डब्ल्यू सी 1 2</p> <p>D. CHC/RUR. HOSP/सी एच सी/ ग्रामीण अस्पताल..... 1 2</p> <p>E. PHC/ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र 1 2</p> <p>F. SUB-CENTRE/ उप स्वास्थ्य केन्द्र 1 2</p> <p>G. ANGANWADI/ICDS CENTRE/ आँगनवाड़ी / आई.सी.डी.एस. केन्द्र 1 2</p> <p>H. AYUSH HOSPITAL/CLINIC/ आयुष अस्पताल /क्लिनिक 1 2</p> <p>I. OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY/ अन्य सार्वजनिक क्षेत्र की स्वास्थ्य सुविधाएं 1 2</p> <p>J. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC..... 1 2</p> <p>PRIVATE</p> <p>K. HOSP./MATERNITYHOME/CLINIC /अस्पताल /प्रसूती गृह /क्लिनिक..... 1 2</p> <p>L. AYUSH HOSPITAL/CLINIC /आयुष अस्पताल /क्लिनिक 1 2</p> <p>M. OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY अन्य गैर सरकारी क्षेत्र की स्वास्थ्य सुविधाएं..... 1 2</p> <p>HOME</p> <p>N. HOME/ आपके घर पर 1 2</p> <p>O. PARENTS'HOME/माता - पिता के घर ... 1 2</p> <p>P. OTHER HOME/ दूसरे के घर पर 1 2</p> <p>Q. OTHERS/ अन्य _____ 1 2</p> <p>(SPECIFY/ स्पष्ट करें)</p>		
Q210	<p>पिछली गर्भावस्था के दौरान प्रसवपूर्व देखभाल के समय, क्या इनमें से कोई भी जाँच कम से कम एक बार की गई थी?</p> <p>As part of your antenatal care during last pregnancy, were any of the following done at least once?</p> <p>A. वजन लिया गया /Weight measured?</p> <p>B. कद नापा गया /Height measured?</p> <p>C. रक्तदाब की जाँच /Blood pressure checked?</p> <p>D. खून की जाँच /Blood tested?</p> <p>E. पेशाब की जाँच/Urine tested?</p> <p>F. पेट की जाँच /Abdomen examined?</p> <p>G. स्तन की जाँच /Breast examined?</p> <p>H. सोनोग्राम या अलट्रासाउंड /Sonogram or Ultrasound done?</p> <p>I. प्रसव की तारीख / Delivery date told?</p> <p>J. प्रसव की सलाह / Delivery advice given?</p> <p>K. खुराक की सलाह / Nutrition advice given?</p>	<p>YES NO</p> <p>A. WEIGHT..... 1 2</p> <p>B. HEIGHT..... 1 2</p> <p>C. BLOOD PRESSURE..... 1 2</p> <p>D. BLOOD..... 1 2</p> <p>E. URINE..... 1 2</p> <p>F. ABDOMEN..... 1 2</p> <p>G. BREAST EXAMINED..... 1 2</p> <p>H. SONOGRAM OR ULTRASOUND... 1 2</p> <p>I. DELIVERY DATE..... 1 2</p> <p>J. DELIVERY ADVICE 1 2</p> <p>K. NUTRITION ADVICE 1 2</p>		

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																								
Q211	<p>आपकी (किसी भी) प्रसवपूर्व देखभाल के दौरान, क्या आपको गर्भावस्था की इन जटिल लक्षणों के बारे में बताया गया था?</p> <p>During (any of) your antenatal care visit (s), did any one tell you about the following signs of pregnancy complications?</p> <p>A. योनि से खून आना Vaginal bleeding?</p> <p>B. ऐंठन Convulsions?</p> <p>C. लम्बी अवधि की प्रसव पीड़ा Prolonged labour?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">YES</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. BLEEDING.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. CONVULSIONS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. PROLONGED LABOUR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. BLEEDING.....	1	2	B. CONVULSIONS.....	1	2	C. PROLONGED LABOUR	1	2													
	YES	NO																									
A. BLEEDING.....	1	2																									
B. CONVULSIONS.....	1	2																									
C. PROLONGED LABOUR	1	2																									
Q212	<p>क्या आपको किसी ने बताया कि गर्भावस्था की जटिल स्थिति में (स्वास्थ्य केन्द्र) कहाँ जाना है ?</p> <p>Did any one tell you where to go (health facility) if you have any pregnancy complications?</p>	<p>YES/ हाँ 1</p> <p>NO/ नहीं 2</p>																									
Q213	<p>आपकी किसी भी प्रसवपूर्व मुलाकात के दौरान क्या आपको इन विषयों पर कम से कम एक बार भी सलाह मिली थी?</p> <p>During (any of) your antenatal visit (s), did you receive advice on the following at least once?</p> <p>A. स्तनपान? Breastfeeding?</p> <p>B. शिशु को गरम रखना? Keeping the baby warm?</p> <p>C. प्रसव के समय साफ-सफाई की आवश्यकता? The need for cleanliness at the time of delivery?</p> <p>D. बच्चे में अंतर रखने के लिए परिवार नियोजन Family planning for spacing?</p> <p>E. सीमित रखने के लिए परिवार नियोजन? Family planning for limiting?</p> <p>F. माता और बच्चे के लिए बेहतर पोषण Better nutrition for mother and child?</p> <p>G. अस्पताल में प्रसव की आवश्यकता? Need for Institutional Delivery?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">YES</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. BREASTFEEDING.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. KEEPING BABY WARM.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. CLEANLINESS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. SPACING.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. LIMITING.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. NUTRITION.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. INSTITUTIONAL DELIVERY.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. BREASTFEEDING.....	1	2	B. KEEPING BABY WARM.....	1	2	C. CLEANLINESS.....	1	2	D. SPACING.....	1	2	E. LIMITING.....	1	2	F. NUTRITION.....	1	2	G. INSTITUTIONAL DELIVERY.....	1	2	
	YES	NO																									
A. BREASTFEEDING.....	1	2																									
B. KEEPING BABY WARM.....	1	2																									
C. CLEANLINESS.....	1	2																									
D. SPACING.....	1	2																									
E. LIMITING.....	1	2																									
F. NUTRITION.....	1	2																									
G. INSTITUTIONAL DELIVERY.....	1	2																									
Q214	<p>पिछली गर्भावस्था के दौरान आपको आयरन फॉलिक एसिड की कितनी गोलियाँ/सिरप की बोतलें मिलीं या खरीदीं?</p> <p>How many IFA tablets/ bottles did you receive/ purchase during last pregnancy?</p>	<p>NUMBER OF TABLETS गोलियों की संख्या..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>NUMBER OF BOTTLES बोतलों की संख्या <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>IF NONE/यदि कोई नहीं000</p>	→ Q217																								

Q.NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q215	<p>आपको आयरन फॉलिक एसिड की गोलियाँ / सिरप कहाँ से प्राप्त हुई ?</p> <p>From where did you get Iron Folic Acid (IFA) tablets/syrup?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<p>GOVERNMENT</p> <p>A. HOSPITAL /अस्पताल YES NO</p> <p>B. DISPENSARY/ दवाखाना 1 2</p> <p>C. UHC/UHP/UFWC 1 2</p> <p>/यू एच सी/ यू एच पी/ यू एफ डब्ल्यू सी 1 2</p> <p>D. CHC/ RURAL HOSPITAL 1 2</p> <p>/सी एच सी/ ग्रामीण अस्पताल..... 1 2</p> <p>E. PHC/ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र 1 2</p> <p>F. SUB CENTER/उप स्वास्थ्य केन्द्र 1 2</p> <p>G. AYUSH /HOSPITAL/CLINIC 1 2</p> <p>/आयुस अस्पताल /क्लिनिक..... 1 2</p> <p>H. DOCTOR/ डॉक्टर 1 2</p> <p>I. ANM/NURSE/ ए एन एम/ नर्स 1 2</p> <p>J. ASHA/AWW/आशा/ ए डब्ल्यू डब्ल्यू 1 2</p> <p>K. HEALTH WORKER AT HOME 1 2</p> <p>/स्वास्थ्य कार्यकर्ता का घर पर आना 1 2</p> <p>L. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC... 1 2</p> <p>PRIVATE</p> <p>M. HOSPITAL/ CLINIC/अस्पताल/दवाखाना.... 1 2</p> <p>N. AYUSH HOSPITAL/CLINIC 1 2</p> <p>/आयुस अस्पताल /क्लिनिक 1 2</p> <p>O. DOCTOR/ डॉक्टर 1 2</p> <p>P. NURSE/ नर्स 1 2</p> <p>Q. CHEMIST/PHARMACY 1 2</p> <p>/दवाई की दुकान /फार्मसी 1 2</p> <p>R. OTHER/ अन्य 1 2</p> <p>(SPECIFY/ स्पष्ट करें)</p>	
Q216	<p>पिछली गर्भावस्था के दौरान आपने कितने दिनों तक आयरन फॉलिक एसिड की गोलियाँ या सिरप की बोतलें ली थी?</p> <p>During the last pregnancy, for how many days and how much did you take the Iron Folic Acid (IFA) Tablets/Syrup bottles?</p>	<p>A) IRON FOLIC ACID TABLETS</p> <p>NUMBER OF DAYS NUMBER OF TABLETS</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW.....998 DON'T KNOW.....998</p> <p>B) IRON FOLIC ACID SYRUP</p> <p>NUMBER OF DAYS NUMBER OF BOTTLES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW.....998 DON'T KNOW.....998</p>	
Q217	<p>क्या आपको पिछली गर्भावस्था के दौरान टिटेनस से बचाव के लिए इंजेक्शन (सुई) लगाया गया था ?</p> <p>Were you given an injection during last pregnancy to prevent Tetanus?</p>	<p>YES/हाँ..... 1</p> <p>NO/नहीं..... 2 →</p>	Q219
Q218	<p>पिछली गर्भावस्था के दौरान आपको कितनी बार टिटेनस का टीका (इंजेक्शन) लगाया/दिया गया था?</p> <p>During last pregnancy, how many times did you get a Tetanus injection?</p>	<p>NUMBER OF TIMES/कितनी बार <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW/ मालूम न ही 8</p>	
Q219	<p>क्या स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा प्रसवपूर्व जाँच के लिए पर्याप्त समय, पर्याप्त समय से थोड़ा कम समय या जल्दबाजी में जाँच की गई ?</p> <p>Was the Antenatal check-up done with enough time, somewhat enough time or did hurriedly by health personnel?</p>	<p>ENOUGH TIME/ पर्याप्त समय..... 1</p> <p>SOMEWHAT ENOUGH TIME/ थोड़ा पर्याप्त समय..... 2</p> <p>DID HURRIEDLY/ जल्दबाजी में 3</p>	→ Q221

Q.NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																							
Q220	<p>(FOR THOSE WOMEN WHO SAID "NO" FOR Q206)</p> <p>आप प्रसवपूर्व जाँच के लिए क्यों नहीं गयी ? Why did you not go for an antenatal check-up?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. NOT NECESSARY/ जरूरी नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. NOT CUSTOMARY/ रिवाज नहीं.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. COST TOO MUCH/ ज्यादा खर्चा.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. TOO FAR/NO TRANSPORT / बहुत दूर / जाने का साधन नहीं.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. POOR QUALITY SERVICE / सेवा की गुणवत्ता में कमी.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. FAMILY DID NOT ALLOW / परिवार से इजाजत नहीं मिली</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. LACK OF KNOWLEDGE / जानकारी की कमी.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. NO TIME TO GO / जाने का समय नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. OTHER/ अन्य _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(SPECIFY / स्पष्ट करें)</p>		YES	NO	A. NOT NECESSARY/ जरूरी नहीं	1	2	B. NOT CUSTOMARY/ रिवाज नहीं.....	1	2	C. COST TOO MUCH/ ज्यादा खर्चा.....	1	2	D. TOO FAR/NO TRANSPORT / बहुत दूर / जाने का साधन नहीं.....	1	2	E. POOR QUALITY SERVICE / सेवा की गुणवत्ता में कमी.....	1	2	F. FAMILY DID NOT ALLOW / परिवार से इजाजत नहीं मिली	1	2	G. LACK OF KNOWLEDGE / जानकारी की कमी.....	1	2	H. NO TIME TO GO / जाने का समय नहीं	1	2	I. OTHER/ अन्य _____	1	2										
	YES	NO																																								
A. NOT NECESSARY/ जरूरी नहीं	1	2																																								
B. NOT CUSTOMARY/ रिवाज नहीं.....	1	2																																								
C. COST TOO MUCH/ ज्यादा खर्चा.....	1	2																																								
D. TOO FAR/NO TRANSPORT / बहुत दूर / जाने का साधन नहीं.....	1	2																																								
E. POOR QUALITY SERVICE / सेवा की गुणवत्ता में कमी.....	1	2																																								
F. FAMILY DID NOT ALLOW / परिवार से इजाजत नहीं मिली	1	2																																								
G. LACK OF KNOWLEDGE / जानकारी की कमी.....	1	2																																								
H. NO TIME TO GO / जाने का समय नहीं	1	2																																								
I. OTHER/ अन्य _____	1	2																																								
Q221	<p>प्रसवपूर्व जाँच के लिए किसने आपको सुविधा उपलब्ध कराया या प्रोत्साहित किया?</p> <p>Who facilitated or motivated you to avail antenatal care?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. DOCTOR/ डाक्टर</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. ANM/ ए.एन.एम.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. HEALTH WORKER/ स्वास्थ्य कार्यकर्ता</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. ANGANWADI WORKER / आंगनवाडी कार्यकर्ता</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. ASHA/आशा.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. NGO/CBO/गैर सरकारी संगठन /सामुदाय आधारित संगठन</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. HUSBAND/ पति.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. MOTHER-IN-LAW/ सास.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. MOTHER / माँ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. RELATIVES / FRIENDS रिश्तेदार/मित्र.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. SELF/ स्वयं.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. OTHERS/ अन्य _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(SPECIFY/ स्पष्ट करें)</p>		YES	NO	A. DOCTOR/ डाक्टर	1	2	B. ANM/ ए.एन.एम.....	1	2	C. HEALTH WORKER/ स्वास्थ्य कार्यकर्ता	1	2	D. ANGANWADI WORKER / आंगनवाडी कार्यकर्ता	1	2	E. ASHA/आशा.....	1	2	F. NGO/CBO/गैर सरकारी संगठन /सामुदाय आधारित संगठन	1	2	G. HUSBAND/ पति.....	1	2	H. MOTHER-IN-LAW/ सास.....	1	2	I. MOTHER / माँ	1	2	J. RELATIVES / FRIENDS रिश्तेदार/मित्र.....	1	2	K. SELF/ स्वयं.....	1	2	L. OTHERS/ अन्य _____	1	2	
	YES	NO																																								
A. DOCTOR/ डाक्टर	1	2																																								
B. ANM/ ए.एन.एम.....	1	2																																								
C. HEALTH WORKER/ स्वास्थ्य कार्यकर्ता	1	2																																								
D. ANGANWADI WORKER / आंगनवाडी कार्यकर्ता	1	2																																								
E. ASHA/आशा.....	1	2																																								
F. NGO/CBO/गैर सरकारी संगठन /सामुदाय आधारित संगठन	1	2																																								
G. HUSBAND/ पति.....	1	2																																								
H. MOTHER-IN-LAW/ सास.....	1	2																																								
I. MOTHER / माँ	1	2																																								
J. RELATIVES / FRIENDS रिश्तेदार/मित्र.....	1	2																																								
K. SELF/ स्वयं.....	1	2																																								
L. OTHERS/ अन्य _____	1	2																																								

Q.NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q222	<p>पिछली गर्भावस्था के दौरान आपको इनमें से कोई स्वास्थ्य समस्या हुई थी?</p> <p>During your last pregnancy did you suffer from any of the following health problems?</p> <p>A. Swelling of hands, feet and Face / हाथ, पैर और चेहरे पर सूजन आना.</p> <p>B. Paleness/giddiness/weakness / पीलापन / चक्कर / कमजोरी..</p> <p>C. Visual disturbances/ धुंधला दिखना</p> <p>D. Excessive fatigue/ अत्यधिक थकान</p> <p>E. Convulsions not from fever/ कपकपी आना/दौरा पड़ना, (बुखार वाला नहीं)</p> <p>F. Weak or no movement of foetus /बच्चा धीरे घुमना या धीरे चक्कर लगाना</p> <p>G. Abnormal position of foetus /बच्चे की असामान्य स्थिति</p> <p>H. Malaria /मलेरिया</p> <p>I. Excessive vomiting/अत्यधिक उल्टी होना</p> <p>J. Hypertension/ High BP/ अत्यधिक ब्लड प्रेशर/उच्च रक्तचाप</p> <p>K. Jaundice/ पीलिया</p> <p>L. Excessive bleeding/अत्यधिक रक्त स्राव</p> <p>M. Vaginal Discharge / योनि स्राव</p> <p>N. Other/अन्य _____</p> <p>(SPECIFY/स्पष्ट करें)</p>	<p>YES NO</p> <p>A. SWELLING OF HANDS, FEET AND FACE..... 1 2</p> <p>B. PALENESS / GIDDINESS/WEAKNESS... 1 2</p> <p>C. VISUAL DISTURBANCES..... 1 2</p> <p>D. EXCESSIVE FATIGUE 1 2</p> <p>E. CONVULSIONS NOT FROM FEVER..... 1 2</p> <p>F. WEAK OR NO MOVEMENT OF FOETUS..... 1 2</p> <p>G. ABNORMAL POSITION OF FOETUS..... 1 2</p> <p>H. MALARIA..... 1 2</p> <p>I. EXCESSIVE VOMITING..... 1 2</p> <p>J. HYPERTENSION / HIGH BP..... 1 2</p> <p>K. JAUNDICE..... 1 2</p> <p>L. EXCESSIVE BLEEDING..... 1 2</p> <p>M. VAGINAL DISCHARGE..... 1 2</p> <p>N. OTHER..... 1 2</p> <p>(SPECIFY)</p>	<p>If 'NO' FOR ALL GO TO Q225</p>
Q223	<p>क्या आपने अपनी उन स्वास्थ्य समस्याओं के लिए किसी से इलाज करवाया था?</p> <p>Did you seek treatment for any of these health problems?</p>	<p>YES/ हाँ 1</p> <p>NO/ नहीं 2</p>	<p>Q225</p>
Q224	<p>आप सलाह लेने और इलाज के लिए कहीं गई थीं?</p> <p>Where did you go for consultation or to seek treatment?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<p>GOVERNMENT YES NO</p> <p>A. HOSPITAL..... 1 2</p> <p>B. DISPENSARY..... 1 2</p> <p>C. UHC/UHP/UFWC..... 1 2</p> <p>D. CHC/ RURAL HOSPITAL..... 1 2</p> <p>E. PHC..... 1 2</p> <p>F. SUB CENTER..... 1 2</p> <p>G. AYUSH HOSPITAL/ CLINIC..... 1 2</p> <p>H. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC... 1 2</p> <p>PRIVATE</p> <p>I. HOSPITAL/ CLINIC..... 1 2</p> <p>J. AYUSH HOSPITAL/CLINIC..... 1 2</p> <p>K. OTHER..... 1 2</p> <p>(SPECIFY)</p>	
Q225	<p>पिछली गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको आंगनवाड़ी केन्द्र से कोई अनुपूरक पोषक आहार मिला था ?</p> <p>Did you receive any supplementary nutrition from the Anganwadi centre during last pregnancy?</p>	<p>YES/ हाँ 1</p> <p>NO/ नहीं 2</p>	

Q.NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																										
Q226	<p>आपको प्रसव के लिए किस ने स्वास्थ्य केन्द्र जाने के लिए सुविधा प्रदान किया/ प्रोत्साहित किया?</p> <p>Who facilitated or motivated you to go to health facility for delivery?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. DOCTOR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B. ANM.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C. HEALTH WORKER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D. ANGANWADI WORKER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E. ASHA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F. NGO/CBO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G. HUSBAND.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>H. MOTHER-IN-LAW.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>I. MOTHER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>J. RELATIVES/FRIENDS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>K. SELF</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>L. OTHERS</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p align="center">(SPECIFY)</p>		YES	NO	A. DOCTOR.....	1	2	B. ANM.....	1	2	C. HEALTH WORKER	1	2	D. ANGANWADI WORKER.....	1	2	E. ASHA.....	1	2	F. NGO/CBO.....	1	2	G. HUSBAND.....	1	2	H. MOTHER-IN-LAW.....	1	2	I. MOTHER	1	2	J. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2	K. SELF	1	2	L. OTHERS	1	2	<p>If 'NO' FOR ALL GO TO Q228</p>			
	YES	NO																																											
A. DOCTOR.....	1	2																																											
B. ANM.....	1	2																																											
C. HEALTH WORKER	1	2																																											
D. ANGANWADI WORKER.....	1	2																																											
E. ASHA.....	1	2																																											
F. NGO/CBO.....	1	2																																											
G. HUSBAND.....	1	2																																											
H. MOTHER-IN-LAW.....	1	2																																											
I. MOTHER	1	2																																											
J. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2																																											
K. SELF	1	2																																											
L. OTHERS	1	2																																											
Q227	<p>आपको प्रसव के लिए उन्होंने कहाँ जाने की सलाह दी ?</p> <p>If yes, where did she /he advise you to go for delivery?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>GOVERNMENT</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A. HOSPITAL.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B. DISPENSARY.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C. UHC/UHP/UFWC.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D. CHC/ RURAL HOSPITAL.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E. PHC.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F. SUB CENTER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G. AYUSH HOSPITAL/ CLINIC</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>H. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>PRIVATE</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>I. HOSPITAL/ CLINIC.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>J. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>K. OTHER</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p align="center">(SPECIFY)</p>		YES	NO	GOVERNMENT			A. HOSPITAL.....	1	2	B. DISPENSARY.....	1	2	C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2	D. CHC/ RURAL HOSPITAL.....	1	2	E. PHC.....	1	2	F. SUB CENTER.....	1	2	G. AYUSH HOSPITAL/ CLINIC	1	2	H. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	PRIVATE			I. HOSPITAL/ CLINIC.....	1	2	J. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	K. OTHER	1	2	
	YES	NO																																											
GOVERNMENT																																													
A. HOSPITAL.....	1	2																																											
B. DISPENSARY.....	1	2																																											
C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2																																											
D. CHC/ RURAL HOSPITAL.....	1	2																																											
E. PHC.....	1	2																																											
F. SUB CENTER.....	1	2																																											
G. AYUSH HOSPITAL/ CLINIC	1	2																																											
H. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																											
PRIVATE																																													
I. HOSPITAL/ CLINIC.....	1	2																																											
J. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																											
K. OTHER	1	2																																											
Q228	<p>क्या प्रसव के दौरान आपको इनमें से कोई स्वास्थ्य समस्या हुई थी ?</p> <p>During delivery, did you experience any of the following problems?</p> <p>A. क्या आपने समय से पहले दर्द का अनुभव किया ? Did you experience premature labour?</p> <p>B. क्या आपने अत्यधिक रक्तस्राव का अनुभव किया ? Did you experience excessive bleeding?</p> <p>C. क्या आपने ज्यादा समय तक दर्द का अनुभव किया ? (12 घण्टे से ज्यादा) Did you experience prolonged labour?</p> <p>D. क्या आपने रुक-रुक कर दर्द का अनुभव किया ? Did you experience obstructed labour?</p> <p>E. क्या आपने गर्भस्थ शिशु की असामान्य स्थिति का अनुभव किया ? Did you experience breech presentation?</p> <p>F. क्या आपने शारीरिक ऐंठन या उच्च रक्त चाप का अनुभव किया? Did you experience Convulsion/High B.P?</p> <p>G. अन्य कोई? Any Other?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. PREMATURE LABOUR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B. EXCESSIVE BLEEDING.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C. PROLONGED LABOUR (More than 12 Hours)</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D. OBSTRUCTED LABOUR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E. BREECH PRESENTATION.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F. CONVULSION/HIGH B.P.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G. OTHER</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p align="center">(SPECIFY)</p>		YES	NO	A. PREMATURE LABOUR.....	1	2	B. EXCESSIVE BLEEDING.....	1	2	C. PROLONGED LABOUR (More than 12 Hours)	1	2	D. OBSTRUCTED LABOUR.....	1	2	E. BREECH PRESENTATION.....	1	2	F. CONVULSION/HIGH B.P.....	1	2	G. OTHER	1	2																			
	YES	NO																																											
A. PREMATURE LABOUR.....	1	2																																											
B. EXCESSIVE BLEEDING.....	1	2																																											
C. PROLONGED LABOUR (More than 12 Hours)	1	2																																											
D. OBSTRUCTED LABOUR.....	1	2																																											
E. BREECH PRESENTATION.....	1	2																																											
F. CONVULSION/HIGH B.P.....	1	2																																											
G. OTHER	1	2																																											
Q229	<p>क्या प्रसव सामान्य रूप से, ऑपरेशन से या औजार के सहायता से हुआ था?</p> <p>Was the delivery normal or caesarean or assisted?</p>	<p>NORMAL/ सामान्य1</p> <p>CAESAREAN/ ऑपरेशन2</p> <p>BY INSTRUMENT OR ASSISTED/ औजार से या मदद से 3</p>																																											

Q.NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q230	आपका पिछला प्रसव कहाँ पर हुआ ? Where did your last delivery take place?	GOVERNMENT HOSPITAL..... 01 DISPENSARY 02 UHC/UHP/UFWC..... 03 CHC/ RURAL HOSPITAL..... 04 PHC 05 SUB CENTER 06 AYUSH HOSPITAL/ CLINIC 07 NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC..... 08 PRIVATE HOSPITAL/ CLINIC 09 AYUSH HOSPITAL/CLINIC..... 10 ON THE WAY TO HOSPITAL..... 11 AT HOME 12 AT PARENT'S HOME 13 WORK PLACE 14 OTHER 96 (SPECIFY)	Q234
Q231	आपका पिछला प्रसव किसने कराया / Who conducted your last delivery?	HEALTH PERSONNEL DOCTOR..... 1 ANM/NURSE/MIDWIFE/LHV 2 OTHER HEALTH PERSONNEL 3 OTHER PERSON DAI..... 4 RELATIVES/FRIENDS 5 OTHER 6 (SPECIFY) NO ONE 7	
Q232	पिछले प्रसव के समय निम्नलिखित में से क्या-क्या किया गया था ? At the time of last delivery were the following done? A. एक ही बार प्रयोग की जानेवाली प्रसव किट (डी डी के, ममता किट) का उपयोग किया गया था ? Was a Disposable Delivery Kit (Mamta Kit) used? B. बच्चे को तुरंत कपड़े से पोंछ कर सुखाया गया और नहलाये बिना, उसको लपेटा गया था ? Was the baby immediately wiped dry and then wrapped without being bathed? C. नाल काटने के लिए नया /साफ ब्लेड का प्रयोग किया गया था ? Was a new/sterilized blade used to cut the cord?	YES NO DK A. DDK/ MAMTA KIT USED..... 1 2 3 B. WIPED AND WRAPPED..... 1 2 3 C. NEW / STERLIZED BLADE 1 2 3	
Q233	किन कारणों से आप प्रसव के लिए स्वास्थ्य केन्द्र पर नहीं गयी? What are the reasons for not going to health facility for delivery? (RECORD ALL MENTIONED)	YES NO A. COST TOO MUCH 1 2 B. POOR QUALITY SERVICE..... 1 2 C. TOO FAR/NO TRANSPORT..... 1 2 D. NO TIME TO GO 1 2 E. NOT NECESSARY..... 1 2 F. NOT CUSTOMARY..... 1 2 G. BETTER CARE AT HOME..... 1 2 H. FAMILY DID NOT ALLOW 1 2 I. LACK OF KNOWLEDGE..... 1 2 J. OTHER 1 2 (SPECIFY)	EITHER 'YES' OR 'NO' GO TO Q237

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																										
Q234	<p>प्रसव हेतु स्वास्थ्य केन्द्र जाने के लिए आपने यातायात के किस मुख्य साधन का इस्तेमाल किया था?</p> <p>What was the main mode of transportation used by you to reach the health facility for delivery?</p>	AMBULANCE.....1 JEEP/CAR..... 2 MOTORCYCLE/SCOOTER3 BUS/TRAIN.....4 TEMPO/AUTO/TRACTOR.....5 CART.....6 FOOT MARCH.....7 OTHER8 (SPECIFY)	→ Q237																																										
Q235	<p>प्रसव हेतु स्वास्थ्य केन्द्र ले जाने के लिए यातायात की व्यवस्था किसने की थी ?</p> <p>Who arranged the transportation to take you to the health facility for delivery?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. DOCTOR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. ANM.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. HEALTH WORKER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. ANGANWADI WORKER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. ASHA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. NGO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. CBO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. HUSBAND.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. MOTHER-IN-LAW.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. MOTHER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. RELATIVES/FRIENDS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. SELF</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>M. OTHERS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> (SPECIFY)		YES	NO	A. DOCTOR.....	1	2	B. ANM.....	1	2	C. HEALTH WORKER	1	2	D. ANGANWADI WORKER.....	1	2	E. ASHA.....	1	2	F. NGO.....	1	2	G. CBO.....	1	2	H. HUSBAND.....	1	2	I. MOTHER-IN-LAW.....	1	2	J. MOTHER	1	2	K. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2	L. SELF	1	2	M. OTHERS.....	1	2	
	YES	NO																																											
A. DOCTOR.....	1	2																																											
B. ANM.....	1	2																																											
C. HEALTH WORKER	1	2																																											
D. ANGANWADI WORKER.....	1	2																																											
E. ASHA.....	1	2																																											
F. NGO.....	1	2																																											
G. CBO.....	1	2																																											
H. HUSBAND.....	1	2																																											
I. MOTHER-IN-LAW.....	1	2																																											
J. MOTHER	1	2																																											
K. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2																																											
L. SELF	1	2																																											
M. OTHERS.....	1	2																																											
Q236	<p>प्रसव हेतु स्वास्थ्य केन्द्र तक जाने में यातायात पर कितना खर्च आया था ?</p> <p>How much it cost you for the transportation to the health facility for delivery?</p>	RUPEES/ रूपये <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO COST PAID/ कोई भुगतान नहीं 00000 DONT KNOW/ मालूम नहीं99998																																											
Q237	<p>यातायात खर्च के अलावा प्रसव के लिए आपका कितना खर्च हुआ?</p> <p>How much cost you incurred for delivery excluding transport cost?</p>	RUPEES DELIVERY COST /प्रसव का खर्च <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO COST PAID/ कोई भुगतान नहीं00000 DONT KNOW/ मालूम नहीं 99998																																											
Q238	<p>क्या आप/आपके पति को, प्रसव देखभाल के लिए पैसा उधार लेना पड़ा या जमीन -जायदाद /वाहने इत्यादि बेचने पड़े ?</p> <p>Did you /your husband borrow money or sell property/ jewellery etc. for delivery care?</p>	YES/हां1 NO/नहीं.....2																																											
Q239	<p>क्या जननी सुरक्षा योजना द्वारा आपको कोई आर्थिक लाभ मिली?</p> <p>Did you receive any Govt. financial assistance for delivery care under the Janani Suraksha Yojana (JSY) / State Specific Scheme?</p>	YES/हां1 NO/नहीं.....2																																											
Q240	<p>क्या आप जानती हैं कि नवजात शिशु को क्या-क्या कठिनाईयां (खतरनाक लक्षण) होती हैं ?</p> <p>Do you know the danger signs of new born?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. जीभ और ओठ नीला पड़ना /Blue tongue & lips</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. सांस लेने में तकलीफ/Difficulty in breathing</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. छूने में गरम/ ठण्डा लगाना/Cold/ hot to touch</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. हथेली व तलवे पर पीले धब्बे/Develop yellow staining of palm and soles</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. असामान्य तरीके से हिलना /Abnormal movement</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. स्तन पान में कठनाई /Poor sucking of breast</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. शिशु का ना रोना /Baby did not cry</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. जीभ और ओठ नीला पड़ना /Blue tongue & lips	1	2	B. सांस लेने में तकलीफ/Difficulty in breathing	1	2	C. छूने में गरम/ ठण्डा लगाना/Cold/ hot to touch	1	2	D. हथेली व तलवे पर पीले धब्बे/Develop yellow staining of palm and soles	1	2	E. असामान्य तरीके से हिलना /Abnormal movement	1	2	F. स्तन पान में कठनाई /Poor sucking of breast	1	2	G. शिशु का ना रोना /Baby did not cry	1	2																			
	YES	NO																																											
A. जीभ और ओठ नीला पड़ना /Blue tongue & lips	1	2																																											
B. सांस लेने में तकलीफ/Difficulty in breathing	1	2																																											
C. छूने में गरम/ ठण्डा लगाना/Cold/ hot to touch	1	2																																											
D. हथेली व तलवे पर पीले धब्बे/Develop yellow staining of palm and soles	1	2																																											
E. असामान्य तरीके से हिलना /Abnormal movement	1	2																																											
F. स्तन पान में कठनाई /Poor sucking of breast	1	2																																											
G. शिशु का ना रोना /Baby did not cry	1	2																																											

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q241	क्या प्रसव के बाद 48 घंटे के अन्दर आपकी जाँच हुई थी? Did you have any check-up within 48 hours after delivery?	YES/ हाँ.....1 NO/ नहीं.....2	→ Q243
Q242	प्रसव के कितने दिनों के बाद आपकी पहली बार जाँच की गई? How many days after delivery did the first check-up take place?	DAYS/ दिनों में <input type="text"/> <input type="text"/> CHECK UP NOT DONE AT ALL / बिल्कल जाँच नहीं हुई.....00 DON'T KNOW/ मालूम नहीं98	→ Q245
Q243	पहली जाँच कहाँ पर हुई थी ? Where did the first check-up take place?	GOVERNMENT HOSPITAL..... 01 DISPENSARY..... 02 UHC/UHP/UFWC..... 03 CHC/ RURAL HOSPITAL..... 04 PHC..... 05 SUB CENTER..... 06 AYUSH HOSPITAL/CLINIC 07 NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC..... 08 PRIVATE HOSPITAL/ CLINIC..... 09 AYUSH HOSPITAL/CLINIC..... 10 HOME DOCTOR..... 11 ANM/NURSE..... 12 OTHER 96 (SPECIFY)	
Q244	आपकी जाँच के समय निम्नलिखित में से क्या -क्या हुआ: Did any of the following happen when you had the check-up: A. पेट की जाँच? Was your abdomen examined? B. स्तनपान की सलाह ? Did you receive advice on breastfeeding? C. बच्चे के देखरेख की सलाह ? Did you receive advice on baby care? D. परिवार नियोजन की सलाह ? Did you receive advice on family planning? E. अन्य कोई ? Any Other ?	YES NO A. ABDOMEN EXAMINED..... 1 2 B. ADVICE ON BREASTFEEDING..... 1 2 C. ADVICE ON BABY CARE..... 1 2 D. ADVICE ON FAMILY PLANNING... 1 2 E. OTHER..... 1 2 (SPECIFY)	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																							
Q245	<p>प्रसव होने के 6 सप्ताह के दौरान क्या आपको निम्नलिखित स्वास्थ्य समस्याओं में से किसी का अनुभव हुआ था ?</p> <p>During the first 6 weeks after delivery did you experience any of the following health problems?</p> <p>A. क्या आपको तेज बुखार हुआ था ? Did you experience, high fever?</p> <p>B. क्या आपको पेट के निचले भाग में दर्द हुआ था ? Did you experience, lower abdominal pain?</p> <p>C. क्या आपको दुर्गंध युक्त योनि-स्राव हुआ था ? Did you experience, foul smelling vaginal discharge?</p> <p>D. क्या आपको अत्यधिक रक्तस्राव हुआ था ? Did you experience, excessive bleeding?</p> <p>E. क्या आपको शारीरिक ऐंठन होकर बेहोशी का अनुभव हुआ ? Did you experience, convulsions?</p> <p>F. क्या आपको तेज सिर दर्द हुआ था ? Did you experience, severe headache?</p> <p>G. अन्य कोई ? Any other ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A. HIGH FEVER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. LOWER ABDOMINAL PAIN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. FOUL SMELLING VAGINAL DISCHARGE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. EXCESSIVE BLEEDING</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. CONVULSIONS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. SEVERE HEADACHE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. OTHER _____ (SPECIFY)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	A. HIGH FEVER	1	2	B. LOWER ABDOMINAL PAIN.....	1	2	C. FOUL SMELLING VAGINAL DISCHARGE	1	2	D. EXCESSIVE BLEEDING	1	2	E. CONVULSIONS.....	1	2	F. SEVERE HEADACHE.....	1	2	G. OTHER _____ (SPECIFY)	1	2	If 'NO' FOR ALL GO TO Q248															
	YES	NO																																								
A. HIGH FEVER	1	2																																								
B. LOWER ABDOMINAL PAIN.....	1	2																																								
C. FOUL SMELLING VAGINAL DISCHARGE	1	2																																								
D. EXCESSIVE BLEEDING	1	2																																								
E. CONVULSIONS.....	1	2																																								
F. SEVERE HEADACHE.....	1	2																																								
G. OTHER _____ (SPECIFY)	1	2																																								
Q246	<p>क्या आपने किसी से इन स्वास्थ्य समस्याओं के लिए परामर्श ली या इलाज करवाया ?</p> <p>Did you consult anyone or seek treatment for these health problems?</p>	<p>YES/हाँ.....1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	Q248																																							
Q247	<p>आप परामर्श या इलाज के लिए कहाँ गयी थी ?</p> <p>Where did you go for consultation or treatment?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table border="0"> <tr> <td>GOVERNMENT</td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A. HOSPITAL</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. DISPENSARY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. UHC/UHP/UFWC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. CHC/ RURAL HOSPITAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. PHC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. SUB CENTER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. AYUSH HOSPITAL/CLINIC</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRIVATE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I. HOSPITAL/ CLINIC.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. OTHER _____ (SPECIFY)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	GOVERNMENT	YES	NO	A. HOSPITAL	1	2	B. DISPENSARY.....	1	2	C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2	D. CHC/ RURAL HOSPITAL.....	1	2	E. PHC.....	1	2	F. SUB CENTER.....	1	2	G. AYUSH HOSPITAL/CLINIC	1	2	H. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	PRIVATE			I. HOSPITAL/ CLINIC.	1	2	J. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	K. OTHER _____ (SPECIFY)	1	2	
GOVERNMENT	YES	NO																																								
A. HOSPITAL	1	2																																								
B. DISPENSARY.....	1	2																																								
C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2																																								
D. CHC/ RURAL HOSPITAL.....	1	2																																								
E. PHC.....	1	2																																								
F. SUB CENTER.....	1	2																																								
G. AYUSH HOSPITAL/CLINIC	1	2																																								
H. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																								
PRIVATE																																										
I. HOSPITAL/ CLINIC.	1	2																																								
J. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																								
K. OTHER _____ (SPECIFY)	1	2																																								
Q248	<p>CHECK Q139 :LIVE BIRTH</p> <p>LAST PREGNANCY <input type="checkbox"/></p>	<p>STILL BIRTH</p> <p>LAST PREGNANCY <input type="checkbox"/></p>	GO TO Q260																																							
Q249	<p>क्या प्रसव के बाद, जन्म के 24 घंटे के अन्दर आपके बच्चे की जाँच हुई थी ?</p> <p>Did your child have any check-up after delivery within 24 hours of birth?</p>	<p>YES/हाँ.....1</p> <p>NO/नहीं.....2</p> <p>CHILD DID NOT SURVIVE/बच्चा जीवित नहीं रहा.....3</p>	Q254																																							

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q250	<p>प्रसव के 10 दिनों के अंदर आपके बच्चे की कितनी बार जाँच की गई?</p> <p>How many check-ups take place within 10 days of his/her birth?</p>	<p>NO. OF TIMES/ कितनी बार <input type="text"/></p> <p>(IF MORE THAN 5 RECORD 5)</p> <p>CHECK UP NOT DONE AT ALL/बिल्कुल जाँच नहीं हुई0</p> <p>CHILD NOT SURVIVED TILL 10 DAYS</p> <p>10 दिनों तक बच्चा जीवित नहीं रहा7</p> <p>DON'T KNOW/ मालूम नहीं8</p>	→ Q252
Q251	<p>आपके बच्चे की पहली जाँच कहाँ पर हुई थी ?</p> <p>Where did first check-up take place for your child?</p>	<p>GOVERNMENT</p> <p>HOSPITAL..... 01</p> <p>DISPENSARY..... 02</p> <p>UHC/UHP/UFWC..... 03</p> <p>CHC/ RURAL HOSPITAL..... 04</p> <p>PHC..... 05</p> <p>SUB CENTER..... 06</p> <p>ICDS..... 07</p> <p>AYUSH HOSPITAL/CLINIC 08</p> <p>NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC..... 09</p> <p>PRIVATE</p> <p>HOSPITAL/ CLINIC 10</p> <p>AYUSH HOSPITAL/CLINIC 11</p> <p>HOME</p> <p>DOCTOR..... 12</p> <p>ANM/NURSE..... 13</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY)</p>	
Q252	<p>क्या आपने बच्चे को जन्म के बाद कुछ दिनों तक अपना पहला दूध पिलाया था , जिसमे क्लोस्ट्रम होता है (पीले रंग का गाढ़ा दूध)</p> <p>Did you feed milk "colostrum / khees" (yellowish thick milk) secreted during the first few days after child birth?</p>	<p>YES/हाँ.....1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	
Q253	<p>आपने अपने बच्चे को पहली बार कब स्तनपान कराया ?</p> <p>When did you first breastfeed your child?</p>	<p>IMMEDIATELY / WITHIN ONE HOUR OF BIRTH / तुरंत /एक घंटे के भीतर..... 1</p> <p>WITHIN 24 HOURS /24 घंटे के भीतर 2</p> <p>2 TO 3 DAYS /2 से 3 दिन 3</p> <p>AFTER 3 DAYS/ 3 दिन बाद 4</p> <p>NEVER BREASTFED 5</p>	→ Q258
Q254	<p>CHECK Q145: LAST CHILD SURVIVING</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>LAST CHILD NOT SURVIVING</p> <p><input type="checkbox"/></p>	→ Q260
Q255	<p>क्या आप अभी भी बच्चे को स्तनपान करा रही हैं ?</p> <p>Are you still breastfeeding the child?</p>	<p>YES/हाँ.....1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	
Q256	<p>कितने महीनों तक आपने अपने बच्चे को केवल स्तनपान करवाया ?</p> <p>(माँ के दूध के अलावा और कुछ भी नहीं)</p> <p>How many days/ months did you exclusively breastfeed the child?</p> <p>(NOTHING OTHER THAN MOTHER'S MILK)</p>	<p>DAYS..... <input type="text"/> 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(IF LESS THAN ONE MONTH WRITE DAYS)</p> <p>MONTHS..... <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CONTINUING. 88</p>	
Q257	<p>क्या आपने शिशु को 6 महीने पूरे होने के पहले पानी दिया है /था ?</p> <p>Do/did you give water to the baby before completion of six months?</p>	<p>YES/हाँ.....1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q258	<p>बच्चे को किस उम्र/माह में आपने दूसरा तरल पदार्थ, अर्ध ठोस और ठोस पदार्थ देना प्रारंभ किया ?</p> <p>At what age/month you have started giving baby other fluids, semisolid, and solid foods?</p>	<p>OTHER FLUIDS/ दूसरा तरल पदार्थ..... MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMISOLID FOOD/ अर्ध ठोस..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SOLID FOOD/ ठोस पदार्थ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOT GIVEN ANYTHING SO FAR/अभी तक कुछ नहीं दिया 96</p>	
Q259	<p>अब मैं आप से कल दिन के दौरान या रात में (नाम) को दिये गये तरल पदार्थों के बारे में पूछना चाहूँगी ?</p> <p>Now I would like to ask you about liquids (NAME) drank yesterday, during the day or at night?</p> <p>Did (NAME) drink:</p> <p>A. सादा पानी /Plain water?</p> <p>B. व्यापारिक रूप से उत्पादित शिशु खानपान? Commercially produced infant food?</p> <p>C. कोई अन्य दूध जैसे डिब्बाबंद दूध, पावडर का दूध या पशु का ताजा दूध ? Any other milk such as tinned, powdered, or fresh animal milk?</p> <p>D. फलों का रस /Fruit juice?</p> <p>E. चाय या कॉफी /Tea or coffee?</p> <p>F. कोई अन्य तरल पदार्थ /Any other liquids?</p> <p>G. अब तक कुछ नहीं दिया / NOT GIVEN SO FAR</p>	<p>YES NO</p> <p>A. PLAIN WATER..... 1 2</p> <p>B. INFANT FOOD..... 1 2</p> <p>C. TINNED, POWDERED OR FRESH ANIMAL MILK..... 1 2</p> <p>D. FRUIT JUICE..... 1 2</p> <p>E. TEA/COFFEE 1 2</p> <p>F. OTHER LIQUIDS..... 1 2</p> <p>G. NOT GIVEN SO FAR..... 1 2</p>	
Q260	<p>क्या आपको जानकारी है कि यदि बच्चे को दस्त (डायरिया) हो जाये तो क्या करना चाहिए ?</p> <p>Do you know what to do when child gets Diarrhoea?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<p>A. GIVE ORS SOLUTION/ ओ आर एस घोल दिया ... YES NO 1 2</p> <p>B. SALT AND SUGAR SOLUTION/ नमक और चीनी का घोल 1 2</p> <p>C. GIVE PLENTY OF FLUIDS/ पर्याप्त तरल पदार्थ दिया 1 2</p> <p>D. CONTINUE NORMAL FOOD/ नियमित सामान्य आहार 1 2</p> <p>E. CONTINUE BREASTFEEDING / नियमित स्तनपान..... 1 2</p> <p>F. OTHER/अन्य 1 2 (SPECIFY/स्पष्ट करें)</p> <p>G. DO NOT KNOW/मालुम नहीं 1 2</p>	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																										
Q261	<p>क्या आपको निमोनिया के खतरनाक लक्षणों की जानकारी है ?</p> <p>Do you know what are the danger signs of Pneumonia?</p> <p>(ACUTE RESPIRATORY INFECTION)</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<p>DANGER SIGNS</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A. DIFFICULTY IN BREATHING/सांस लेने में तकलीफ..</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. NOT ABLE TO DRINK OR TAKE A FEED /खाने पीने में असमर्थ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. EXCESSIVELY DROWSY AND DIFFICULT TO KEEP AWAKE अत्यधिक झपकी आना और उठने में परेशानी होना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. PAIN IN CHEST AND PRODUCTIVE COUGH / छाती में दर्द तथा खांसी होना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. WHEEZING/WHISTLING/सांस लेते समय आवाज ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. RAPID BREATHING /तेज गति से सांस लेना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. RUNNING NOSE/नाक बहना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. OTHER/अन्य</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(SPECIFY/स्पष्ट करें)</td> </tr> <tr> <td>I. NOT AWARE/ पता नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	A. DIFFICULTY IN BREATHING/सांस लेने में तकलीफ..			B. NOT ABLE TO DRINK OR TAKE A FEED /खाने पीने में असमर्थ	1	2	C. EXCESSIVELY DROWSY AND DIFFICULT TO KEEP AWAKE अत्यधिक झपकी आना और उठने में परेशानी होना	1	2	D. PAIN IN CHEST AND PRODUCTIVE COUGH / छाती में दर्द तथा खांसी होना	1	2	E. WHEEZING/WHISTLING/सांस लेते समय आवाज ...	1	2	F. RAPID BREATHING /तेज गति से सांस लेना	1	2	G. RUNNING NOSE/नाक बहना	1	2	H. OTHER/अन्य	1	2	(SPECIFY/स्पष्ट करें)			I. NOT AWARE/ पता नहीं	1	2										
	YES	NO																																											
A. DIFFICULTY IN BREATHING/सांस लेने में तकलीफ..																																													
B. NOT ABLE TO DRINK OR TAKE A FEED /खाने पीने में असमर्थ	1	2																																											
C. EXCESSIVELY DROWSY AND DIFFICULT TO KEEP AWAKE अत्यधिक झपकी आना और उठने में परेशानी होना	1	2																																											
D. PAIN IN CHEST AND PRODUCTIVE COUGH / छाती में दर्द तथा खांसी होना	1	2																																											
E. WHEEZING/WHISTLING/सांस लेते समय आवाज ...	1	2																																											
F. RAPID BREATHING /तेज गति से सांस लेना	1	2																																											
G. RUNNING NOSE/नाक बहना	1	2																																											
H. OTHER/अन्य	1	2																																											
(SPECIFY/स्पष्ट करें)																																													
I. NOT AWARE/ पता नहीं	1	2																																											
Q262	<p>(IF THE RESPONSE IS "DO NOT KNOW" IN Q260 AND "NOT AWARE" IN Q261 THEN GO TO Q263)</p> <p>आपको दस्त या निमोनिया के खतरनाक लक्षणों के बारे में किसने जानकारी दी?</p> <p>Who told you about the Diarrhoea and danger signs of Pneumonia?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A. DOCTOR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. ANM.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. HEALTH WORKER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. ANGANWADI WORKER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. ASHA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. NGO/CBO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. HUSBAND.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. MOTHER-IN-LAW.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. MOTHER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. RELATIVES/FRIENDS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. SELF</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. OTHERS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(SPECIFY)</td> </tr> </table>		YES	NO	A. DOCTOR.....	1	2	B. ANM.....	1	2	C. HEALTH WORKER	1	2	D. ANGANWADI WORKER.....	1	2	E. ASHA.....	1	2	F. NGO/CBO.....	1	2	G. HUSBAND.....	1	2	H. MOTHER-IN-LAW.....	1	2	I. MOTHER.....	1	2	J. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2	K. SELF	1	2	L. OTHERS	1	2	(SPECIFY)			
	YES	NO																																											
A. DOCTOR.....	1	2																																											
B. ANM.....	1	2																																											
C. HEALTH WORKER	1	2																																											
D. ANGANWADI WORKER.....	1	2																																											
E. ASHA.....	1	2																																											
F. NGO/CBO.....	1	2																																											
G. HUSBAND.....	1	2																																											
H. MOTHER-IN-LAW.....	1	2																																											
I. MOTHER.....	1	2																																											
J. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2																																											
K. SELF	1	2																																											
L. OTHERS	1	2																																											
(SPECIFY)																																													
Q263	<p>CHECK Q147:</p> <p>ONE OR MORE SURVIVING CHILDREN <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>SECTION III</p>	<p>NO SURVIVING CHILDREN/ WOMEN MARRIED BUT GAUNA NOT PERFORMED/SEPERATED/DESERTED/DIVORCED/ WIDOWED FOR MORE THAN 4 YEARS</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ SEC IV</p>																																											

भाग - III
टीकाकरण तथा बच्चों की देखभाल
SECTION-III
IMMUNIZATION AND CHILD CARE

Q301	<p>ENTER IN THE TABLE BELOW THE LINE NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH SINCE 2004 OR LATER. THEN ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH.</p> <p>अब मैं आपसे आपके आखिरी दो जीवित बच्चों के स्वास्थ्य के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी। (जन्म जनवरी 1, 2004 से अबतक)</p> <p>Now I would like to ask you some questions about the health of your last two surviving children. (Born since 1 st January 2004).</p> <p>(हम प्रत्येक बच्चे के बारे में अलग-अलग से बातचीत करेंगे)।</p> <p>(We will talk about each child separately.)</p>												
Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SURVIVING CHILD	LAST BUT ONE SURVIVING CHILD										
Q302	<p>LINE NUMBER OF CHILD IN PREGNANCY HISTORY FROM Q138.</p> <p>बच्चे (सूचक) का नाम ? Name of the (index) child Q140</p>	<p>LINE NUMBER <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>NAME _____</p>	<p>LINE NUMBER <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>NAME _____</p>										
Q303	<p>CHECK Q 142: बच्चे का लिंग Sex of the child.</p>	<p>BOY/लडका.....1</p> <p>GIRL/लडकी.....2</p>	<p>BOY/लडका.....1</p> <p>GIRL/लडकी.....2</p>										
Q304	<p>CHECK Q143: जन्म का महीना और वर्ष Month and year of birth.</p>	<p>MONTH/महीने <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>YEAR/ वर्ष</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>2004</td><td>2005</td><td>2006</td><td>2007</td><td>2008</td> </tr> </table>	2004	2005	2006	2007	2008	<p>MONTH/महीने <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>YEAR/ वर्ष</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>2004</td><td>2005</td><td>2006</td><td>2007</td><td>2008</td> </tr> </table>	2004	2005	2006	2007	2008
2004	2005	2006	2007	2008									
2004	2005	2006	2007	2008									
Q305	<p>क्या आपके पास कोई ऐसा कार्ड है जिस पर (नाम) को लगाए गए टीकों का विवरण है ? (यदि हाँ तो क्या मैं इसे देख सकती हूँ ?)</p> <p>Do you have a card where (Name's) vaccination details are written down? (IF YES, MAY I SEE IT, PLEASE?)</p>	<p>YES, SEEN / हाँ, देखा1 [SKIP TOQ307] ←</p> <p>YES, NOT SEEN/ हाँ, नहीं देखा2 [SKIP TOQ310] ←</p> <p>NO CARD/कोई कार्ड नहीं.....3 ↓</p>	<p>YES, SEEN / हाँ, देखा1 [SKIP TOQ307] ←</p> <p>YES, NOT SEEN/ हाँ, नहीं देखा2 [SKIP TOQ310] ←</p> <p>NO CARD/कोई कार्ड नहीं.....3 ↓</p>										
Q306	<p>क्या आपके पास कभी भी (नाम) का टीकाकरण कार्ड था ? Did you ever have a vaccination card?</p>	<p>YES/हाँ.....1 } → SKIP TO Q310</p> <p>NO/नहीं..... 2 }</p>	<p>YES/हाँ.....1 } → SKIP TO Q310</p> <p>NO/नहीं..... 2 }</p>										

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SURVIVING CHILD	LAST BUT ONE SURVIVING CHILD																																																																																								
Q307	<p>(1) COPY VACCINATION DATES FOR EACH VACCINE FROM THE CARD. (2) WRITE '44' IN 'DAY' COLUMN IF CARD SHOWS VACCINATION IS GIVEN BUT NO DATE IS RECORDED (3) IF ONLY PART OF DATE IS SHOWN ON CARD, RECORD '98' OR '9998' FOR 'DON'T KNOW' IN THE COLUMN FOR WHICH INFORMATION IS NOT GIVEN.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DAY</th> <th>MO</th> <th>YEAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MES</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VTA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DAY	MO	YEAR	BCG				P0				D1				D2				D3				P1				P2				P3				MES				VTA				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DAY</th> <th>MO</th> <th>YEAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MES</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VTA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DAY	MO	YEAR	BCG				P0				D1				D2				D3				P1				P2				P3				MES				VTA			
	DAY	MO	YEAR																																																																																								
BCG																																																																																											
P0																																																																																											
D1																																																																																											
D2																																																																																											
D3																																																																																											
P1																																																																																											
P2																																																																																											
P3																																																																																											
MES																																																																																											
VTA																																																																																											
	DAY	MO	YEAR																																																																																								
BCG																																																																																											
P0																																																																																											
D1																																																																																											
D2																																																																																											
D3																																																																																											
P1																																																																																											
P2																																																																																											
P3																																																																																											
MES																																																																																											
VTA																																																																																											
Q308	CHECK Q307:	'BCG' TO 'MEASLES' FILLED <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> (SKIP TO Q314) ←	'BCG' TO 'MEASLES' FILLED <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> (SKIP TO Q314) ←																																																																																								
Q309	<p>क्या (नाम) को और ऐसे कोई टीके लगाये गये हैं, जिनकी जानकारी इस कार्ड में दर्ज नहीं है? Has (NAME) received any vaccinations that are not recorded on this card?</p> <p>RECORD 'YES' ONLY IF RESPONDENT MENTIONS BCG, DPT 1-3, POLIO, 0-3 AND/OR MEASLES VACCINE (S).</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>(PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN Q307)</p> <p>(SKIP TO Q314) ←</p> <p>NO/नहीं.....2 } → SKIP TO Q314</p> <p>DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>(PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN Q307)</p> <p>(SKIP TO Q314) ←</p> <p>NO/नहीं.....2 } → SKIP TO Q314</p> <p>DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8</p>																																																																																								
Q310	<p>क्या (नाम) को बीमारियों से बचाव के लिए कभी कोई टीके लगाये गये थे, पल्स पोलियो अभियान में लगाये गये टीकों को शामिल करते हुए ? Did (NAME) ever receive any vaccinations to prevent him/her from getting disease, including vaccinations received in a Pulse Polio campaign?</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2 } → SKIP TO Q312</p> <p>DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2 } → SKIP TO Q312</p> <p>DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8</p>																																																																																								

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SURVIVING CHILD	LAST BUT ONE SURVIVING CHILD
Q311	अब कृपया मुझे बताएं कि क्या (नाम) को इनमें से कोई टीका लगा है ! Now please tell me if (NAME) has received any of the following vaccinations.		
Q311A	तपेदिक से बचाव के लिए बी.सी.जी. का टीका लगाया जाता है जिससे सामान्यतः बाँह पर एक निशान बन जाता है? A BCG vaccination against tuberculosis, that is, an injection that usually causes a scar?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8
Q311B	पोलियो की खुराक , जिसकी बूंदें मुंह में पिलाई जाती हैं, पल्स पोलियो अभियान में पिलाई गई खुराक सहित? Any POLIO VACCINE , that is, drops in the mouth, including vaccine received in a Pulse Polio campaign?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं8 } → SKIP TO Q311E	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं8 } → SKIP TO Q311E
Q311C	क्या पोलियो की पहली खुराक जन्म के प्रथम दो सप्ताह के अंदर दी गई थी या बाद में? Was the first POLIO VACCINE received in the first two weeks after birth or later?	FIRST 2 WEEKS.....1 LATER..... 2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8	FIRST 2 WEEKS.....1 LATER..... 2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8
Q311D	पोलियो की कितनी खुराक (डोस) दी गई थी ? (पोलियो '0' एवं पल्स पोलियो को छोड़कर) How many times Polio vaccine received? (excluding Polio '0' and pulse polio) (IF 5 OR MORE TIMES RECORD 5)	NUMBER/संख्या..... <input type="text"/> DO NOT REMEMBER/याद नहीं 8	NUMBER/संख्या..... <input type="text"/> DO NOT REMEMBER/याद नहीं 8
Q311E	डी पी टी का टीका, सर्दी काली खाँसी और धनुषटंकार से बचाव के लिए बच्चे को सुई द्वारा दिया जाता है ? A DPT vaccination against Diphtheria, Whooping Cough and Tetanus given to the child as an injection?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8 } → SKIP TO Q311G	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8 } → SKIP TO Q311G
Q311F	डी पी टी का सुई जाँघ/चूतड़ में जो कि कभी कभी पोलियो खुराक के साथ दिया जाता है कितनी बार दिया गया था ? How many DPT injections were given in thigh or buttocks, sometimes at the same time as polio drops?	NUMBER/संख्या..... <input type="text"/> DO NOT REMEMBER/याद नहीं 8	NUMBER/संख्या..... <input type="text"/> DO NOT REMEMBER/याद नहीं 8
Q311G	क्या खसरा (मीज़ल्स) से बचाव के लिए दाएं बाँह में सुई दिया गया था ? Was an injection against MEASLES given at right arm/shoulder?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं8	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SURVIVING CHILD	LAST BUT ONE SURVIVING CHILD																																																																																																																		
Q312	CHECK Q307 AND Q310: ANY VACCINATIONS RECEIVED?	NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> (SKIP TO Q314) ←	NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> (SKIP TO Q314) ←																																																																																																																		
Q313	(नाम) को कोई भी टीका न लगवाने का क्या कारण था ? Why (Name) was not given any vaccination? (RECORD ALL MENTIONED)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. CHILD TOO YOUNG FOR IMMUNIZATION /बच्चा टीकाकरण के लिए बहुत छोटा है.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. UNAWARE OF NEED FOR IMMUNIZATION/ टीकाकरण के महत्व के बारे में जानकारी नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. PLACE OF IMMUNIZATION UNKNOWN/ टीकाकरण का स्थान मालूम नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. TIME OF IMMUNIZATION UNKNOWN / टीकाकरण का समय मालूम नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. FEAR OF SIDE EFFECTS/ टीकाकरण के हानिकारक प्रभाव का भय</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. NO FAITH IN IMMUNIZATION/ टीकाकरण पर विश्वास नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. PLACE OF IMMUNIZATION TOO FAR TO GO/टीकाकरण की जगह का बहुत दूर होना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. TIME OF IMMUNIZATION INCONVENIENT/ टीकाकरण का समय सुविधाजनक नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. ANM ABSENT / ए एन एम का अनुपस्थित रहना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. VACCINE NOT AVAILABLE / दवाई का उपलब्ध नहीं होना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. MOTHER TOO BUSY/ माँ का बहुत व्यस्त होना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. FAMILY PROBLEM, INCLUDING ILLNESS OF MOTHER/ परिवारिक समस्या बच्चों की माँ का बीमार होना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>M. CHILD ILL NOT BROUGHT/ बच्चा बीमार था लेकर नहीं आये.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>N. CHILD ILL BROUGHT BUT NOT GIVEN / बच्चा बीमार था लेकर आये पर नहीं दिया.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>O. LONG WAITING TIME/ लम्बे समय तक इन्तजार करना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>P. FINANCIAL PROBLEM/ पैसों की समस्या....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Q. CHILD IS GIRL/ बच्चा लड़की है</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>R. OTHER /अन्य..... (SPECIFY)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">SKIP TO Q315</p>		YES	NO	A. CHILD TOO YOUNG FOR IMMUNIZATION /बच्चा टीकाकरण के लिए बहुत छोटा है.....	1	2	B. UNAWARE OF NEED FOR IMMUNIZATION/ टीकाकरण के महत्व के बारे में जानकारी नहीं	1	2	C. PLACE OF IMMUNIZATION UNKNOWN/ टीकाकरण का स्थान मालूम नहीं	1	2	D. TIME OF IMMUNIZATION UNKNOWN / टीकाकरण का समय मालूम नहीं	1	2	E. FEAR OF SIDE EFFECTS/ टीकाकरण के हानिकारक प्रभाव का भय	1	2	F. NO FAITH IN IMMUNIZATION/ टीकाकरण पर विश्वास नहीं	1	2	G. PLACE OF IMMUNIZATION TOO FAR TO GO/टीकाकरण की जगह का बहुत दूर होना	1	2	H. TIME OF IMMUNIZATION INCONVENIENT/ टीकाकरण का समय सुविधाजनक नहीं	1	2	I. ANM ABSENT / ए एन एम का अनुपस्थित रहना	1	2	J. VACCINE NOT AVAILABLE / दवाई का उपलब्ध नहीं होना.....	1	2	K. MOTHER TOO BUSY/ माँ का बहुत व्यस्त होना	1	2	L. FAMILY PROBLEM, INCLUDING ILLNESS OF MOTHER/ परिवारिक समस्या बच्चों की माँ का बीमार होना.....	1	2	M. CHILD ILL NOT BROUGHT/ बच्चा बीमार था लेकर नहीं आये.....	1	2	N. CHILD ILL BROUGHT BUT NOT GIVEN / बच्चा बीमार था लेकर आये पर नहीं दिया.....	1	2	O. LONG WAITING TIME/ लम्बे समय तक इन्तजार करना	1	2	P. FINANCIAL PROBLEM/ पैसों की समस्या....	1	2	Q. CHILD IS GIRL/ बच्चा लड़की है	1	2	R. OTHER /अन्य..... (SPECIFY)	1	2	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. CHILD TOO YOUNG FOR IMMUNIZATION /बच्चा टीकाकरण के लिए बहुत छोटा है.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. UNAWARE OF NEED FOR IMMUNIZATION/ टीकाकरण के महत्व के बारे में जानकारी नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. PLACE OF IMMUNIZATION UNKNOWN/ टीकाकरण का स्थान मालूम नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. TIME OF IMMUNIZATION UNKNOWN / टीकाकरण का समय मालूम नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. FEAR OF SIDE EFFECTS/ टीकाकरण के हानिकारक प्रभाव का भय</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. NO FAITH IN IMMUNIZATION/ टीकाकरण पर विश्वास नहीं.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. PLACE OF IMMUNIZATION TOO FAR TO GO/टीकाकरण की जगह का बहुत दूर होना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. TIME OF IMMUNIZATION INCONVENIENT/ टीकाकरण का समय सुविधाजनक नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. ANM ABSENT / ए एन एम का अनुपस्थित रहना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. VACCINE NOT AVAILABLE / दवाई का उपलब्ध नहीं होना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. MOTHER TOO BUSY/ माँ का बहुत व्यस्त होना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. FAMILY PROBLEM, INCLUDING ILLNESS OF MOTHER/ परिवारिक समस्या बच्चों की माँ का बीमार होना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>M. CHILD ILL NOT BROUGHT/ बच्चा बीमार था लेकर नहीं आये.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>N. CHILD ILL BROUGHT BUT NOT GIVEN / बच्चा बीमार था लेकर आये पर नहीं दिया.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>O. LONG WAITING TIME/ लम्बे समय तक इन्तजार करना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>P. FINANCIAL PROBLEM/ पैसों की समस्या....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Q. CHILD IS GIRL/ बच्चा लड़की है</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>R. OTHER /अन्य..... (SPECIFY)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">SKIP TO Q315</p>		YES	NO	A. CHILD TOO YOUNG FOR IMMUNIZATION /बच्चा टीकाकरण के लिए बहुत छोटा है.....	1	2	B. UNAWARE OF NEED FOR IMMUNIZATION/ टीकाकरण के महत्व के बारे में जानकारी नहीं	1	2	C. PLACE OF IMMUNIZATION UNKNOWN/ टीकाकरण का स्थान मालूम नहीं	1	2	D. TIME OF IMMUNIZATION UNKNOWN / टीकाकरण का समय मालूम नहीं	1	2	E. FEAR OF SIDE EFFECTS/ टीकाकरण के हानिकारक प्रभाव का भय	1	2	F. NO FAITH IN IMMUNIZATION/ टीकाकरण पर विश्वास नहीं.....	1	2	G. PLACE OF IMMUNIZATION TOO FAR TO GO/टीकाकरण की जगह का बहुत दूर होना	1	2	H. TIME OF IMMUNIZATION INCONVENIENT/ टीकाकरण का समय सुविधाजनक नहीं	1	2	I. ANM ABSENT / ए एन एम का अनुपस्थित रहना	1	2	J. VACCINE NOT AVAILABLE / दवाई का उपलब्ध नहीं होना.....	1	2	K. MOTHER TOO BUSY/ माँ का बहुत व्यस्त होना	1	2	L. FAMILY PROBLEM, INCLUDING ILLNESS OF MOTHER/ परिवारिक समस्या बच्चों की माँ का बीमार होना.....	1	2	M. CHILD ILL NOT BROUGHT/ बच्चा बीमार था लेकर नहीं आये.....	1	2	N. CHILD ILL BROUGHT BUT NOT GIVEN / बच्चा बीमार था लेकर आये पर नहीं दिया.....	1	2	O. LONG WAITING TIME/ लम्बे समय तक इन्तजार करना	1	2	P. FINANCIAL PROBLEM/ पैसों की समस्या....	1	2	Q. CHILD IS GIRL/ बच्चा लड़की है	1	2	R. OTHER /अन्य..... (SPECIFY)	1	2
	YES	NO																																																																																																																			
A. CHILD TOO YOUNG FOR IMMUNIZATION /बच्चा टीकाकरण के लिए बहुत छोटा है.....	1	2																																																																																																																			
B. UNAWARE OF NEED FOR IMMUNIZATION/ टीकाकरण के महत्व के बारे में जानकारी नहीं	1	2																																																																																																																			
C. PLACE OF IMMUNIZATION UNKNOWN/ टीकाकरण का स्थान मालूम नहीं	1	2																																																																																																																			
D. TIME OF IMMUNIZATION UNKNOWN / टीकाकरण का समय मालूम नहीं	1	2																																																																																																																			
E. FEAR OF SIDE EFFECTS/ टीकाकरण के हानिकारक प्रभाव का भय	1	2																																																																																																																			
F. NO FAITH IN IMMUNIZATION/ टीकाकरण पर विश्वास नहीं	1	2																																																																																																																			
G. PLACE OF IMMUNIZATION TOO FAR TO GO/टीकाकरण की जगह का बहुत दूर होना	1	2																																																																																																																			
H. TIME OF IMMUNIZATION INCONVENIENT/ टीकाकरण का समय सुविधाजनक नहीं	1	2																																																																																																																			
I. ANM ABSENT / ए एन एम का अनुपस्थित रहना	1	2																																																																																																																			
J. VACCINE NOT AVAILABLE / दवाई का उपलब्ध नहीं होना.....	1	2																																																																																																																			
K. MOTHER TOO BUSY/ माँ का बहुत व्यस्त होना	1	2																																																																																																																			
L. FAMILY PROBLEM, INCLUDING ILLNESS OF MOTHER/ परिवारिक समस्या बच्चों की माँ का बीमार होना.....	1	2																																																																																																																			
M. CHILD ILL NOT BROUGHT/ बच्चा बीमार था लेकर नहीं आये.....	1	2																																																																																																																			
N. CHILD ILL BROUGHT BUT NOT GIVEN / बच्चा बीमार था लेकर आये पर नहीं दिया.....	1	2																																																																																																																			
O. LONG WAITING TIME/ लम्बे समय तक इन्तजार करना	1	2																																																																																																																			
P. FINANCIAL PROBLEM/ पैसों की समस्या....	1	2																																																																																																																			
Q. CHILD IS GIRL/ बच्चा लड़की है	1	2																																																																																																																			
R. OTHER /अन्य..... (SPECIFY)	1	2																																																																																																																			
	YES	NO																																																																																																																			
A. CHILD TOO YOUNG FOR IMMUNIZATION /बच्चा टीकाकरण के लिए बहुत छोटा है.....	1	2																																																																																																																			
B. UNAWARE OF NEED FOR IMMUNIZATION/ टीकाकरण के महत्व के बारे में जानकारी नहीं	1	2																																																																																																																			
C. PLACE OF IMMUNIZATION UNKNOWN/ टीकाकरण का स्थान मालूम नहीं	1	2																																																																																																																			
D. TIME OF IMMUNIZATION UNKNOWN / टीकाकरण का समय मालूम नहीं	1	2																																																																																																																			
E. FEAR OF SIDE EFFECTS/ टीकाकरण के हानिकारक प्रभाव का भय	1	2																																																																																																																			
F. NO FAITH IN IMMUNIZATION/ टीकाकरण पर विश्वास नहीं.....	1	2																																																																																																																			
G. PLACE OF IMMUNIZATION TOO FAR TO GO/टीकाकरण की जगह का बहुत दूर होना	1	2																																																																																																																			
H. TIME OF IMMUNIZATION INCONVENIENT/ टीकाकरण का समय सुविधाजनक नहीं	1	2																																																																																																																			
I. ANM ABSENT / ए एन एम का अनुपस्थित रहना	1	2																																																																																																																			
J. VACCINE NOT AVAILABLE / दवाई का उपलब्ध नहीं होना.....	1	2																																																																																																																			
K. MOTHER TOO BUSY/ माँ का बहुत व्यस्त होना	1	2																																																																																																																			
L. FAMILY PROBLEM, INCLUDING ILLNESS OF MOTHER/ परिवारिक समस्या बच्चों की माँ का बीमार होना.....	1	2																																																																																																																			
M. CHILD ILL NOT BROUGHT/ बच्चा बीमार था लेकर नहीं आये.....	1	2																																																																																																																			
N. CHILD ILL BROUGHT BUT NOT GIVEN / बच्चा बीमार था लेकर आये पर नहीं दिया.....	1	2																																																																																																																			
O. LONG WAITING TIME/ लम्बे समय तक इन्तजार करना	1	2																																																																																																																			
P. FINANCIAL PROBLEM/ पैसों की समस्या....	1	2																																																																																																																			
Q. CHILD IS GIRL/ बच्चा लड़की है	1	2																																																																																																																			
R. OTHER /अन्य..... (SPECIFY)	1	2																																																																																																																			

Q.NO	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SURVIVING CHILD		LAST BUT ONE SURVIVING CHILD	
Q314	<p>(नाम) को ज्यादातर टीके कहाँ से लगवाये गये थे ?</p> <p>Where did (NAME) receive his/her vaccinations?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE MEDICAL SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE (S).</p> <p>स्थान का नाम NAME OF THE PLACE (S).</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<p>GOVERNMENT</p> <p>A. HOSPITAL/अस्पताल 1 2</p> <p>B. DISPENSARY /दवाखाना 1 2</p> <p>C. UHC/UHP/UFWC /यू एच सी/ यू एच पी/ य एफ डब्ल्यू सी 1 2</p> <p>D. CHC/ RURAL HOSPITAL/सी एच सी/ ग्रामीण अस्पताल..... 1 2</p> <p>E. PHC/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र..... 1 2</p> <p>F. SUB-CENTRE/उपकेन्द्र 1 2</p> <p>G. MOBILE CLINIC /मोबाईल क्लिनिक..... 1 2</p> <p>H. ANGANWADI/ICDS CENTRE/ आंगनवाड़ी/ आय सी डी एस सेंटर..... 1 2</p> <p>I. PULSE POLIO/ पल्स पोलिओ..... 1 2</p> <p>J. AYUSH HOSPITAL /CLINIC/ आयुष अस्पताल /क्लिनिक..... 1 2</p> <p>K. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY/अन्य सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा 1 2</p> <p>L. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC..... 1 2</p> <p>PRIVATE</p> <p>M. HOSPITAL/अस्पताल..... 1 2</p> <p>N. DOCTOR/CLINIC/डॉक्टर /क्लिनिक 1 2</p> <p>O. AYUSH HOSPITAL /CLINIC/ आयुष अस्पताल /क्लिनिक 1 2</p> <p>P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY/अन्य निजी स्वास्थ्य सुविधा 1 2</p> <p>Q. OTHER/अन्य 1 2</p> <p>(SPECIFY /स्पष्ट करें)</p>	<p>GOVERNMENT</p> <p>A. HOSPITAL/अस्पताल 1 2</p> <p>B. DISPENSARY/दवाखाना..... 1 2</p> <p>C. UHC/UHP/UFWC/यू एच सी/ यू एच पी/ य एफ डब्ल्यू सी 1 2</p> <p>D. CHC/RURAL HOSPITAL/सी एच सी/ ग्रामीण अस्पताल..... 1 2</p> <p>E. PHC/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र..... 1 2</p> <p>F. SUB-CENTRE/उपकेन्द्र..... 1 2</p> <p>G. MOBILE CLINIC/मोबाईल क्लिनिक 1 2</p> <p>H. ANGANWADI/ICDS CENTRE/ आंगनवाड़ी/ आय सी डी एस सेंटर..... 1 2</p> <p>I. PULSE POLIO/ पल्स पोलिओ..... 1 2</p> <p>J. AYUSH HOSPITAL / CLINIC/ आयुष अस्पताल /क्लिनिक..... 1 2</p> <p>K. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY/अन्य सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा 1 2</p> <p>L. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC... 1 2</p> <p>PRIVATE</p> <p>M. HOSPITAL/अस्पताल..... 1 2</p> <p>N. DOCTOR/CLINIC/डॉक्टर /क्लिनिक ... 1 2</p> <p>O. AYUSH HOSPITAL /CLINIC/ आयुष अस्पताल /क्लिनिक..... 1 2</p> <p>P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY/अन्य निजी स्वास्थ्य सुविधा 1 2</p> <p>Q. OTHER/अन्य 1 2</p> <p>(SPECIFY /स्पष्ट करें)</p>		
Q315	<p>क्या हेपाटाइटिस-बी का टीका बच्चे को दिया गया था ?</p> <p>Was HEPATITIS-B Injection given to the child?</p>	<p>YES/हाँ.....1</p> <p>NO/नहीं.....2</p> <p>DON'T KNOW/ मालुम नहीं.....8</p>	<p>YES/हाँ.....1</p> <p>NO/नहीं.....2</p> <p>DON'T KNOW/मालूम नहीं 8</p>		
Q316	<p>क्या (नाम) को कभी विटामिन ए की खुराक दी गयी थी?</p> <p>Has (NAME) ever received a VITAMIN A dose?</p>	<p>YES /हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p> <p>DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8</p> <p>→ SKIP TO Q318</p>	<p>YES /हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p> <p>DON'T KNOW/ मालुम नहीं8</p> <p>→ SKIP TO Q318</p>		

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SURVIVING CHILD	LAST BUT ONE SURVIVING CHILD																																																																														
Q317	विटामिन ए की खुराक कितनी बार दी गई थी? How many times was the VITAMIN A dose received? (IF 5 OR MORE TIMES, RECORD '5')	NUMBER OF TIMES..... <input type="text"/> कितनी बार	NUMBER OF TIMES..... <input type="text"/> कितनी बार																																																																														
Q318	क्या (नाम) ने पिछले 6 महीनों में आतं के कीड़ों से छुटकारा पाने के लिए कोई दवा ली है? Has (NAME) taken any drug to get rid of intestinal worms in the past 6 months?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8																																																																														
Q319	बच्चे के टीकाकरण के लिये आपको किसने सहयोग या प्रोत्साहित किया था ? Who facilitated or motivated you to give vaccination to your child? (RECORD ALL MENTIONED)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A.DOCTOR/डॉक्टर</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. ANM / ए.एन.एम</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. HEALTH WORKERS स्वास्थ्य कार्यकर्ता</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. ANGANWADI WORKER आंगनवाडी कार्यकर्ता.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. ASHA / आशा</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. NGO/CBO/गैरसरकारी संगठन/ समुदाय आधारित संगठन</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. HUSBAND / पति.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. MOTHER-IN-LAWसास....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. MOTHER/ माँ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. RELATIVES/FRIENDS/ रिश्तेदार/मित्र.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. SELF/स्वयं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. OTHER/अन्य</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> (SPECIFY /स्पष्ट करें)		YES	NO	A.DOCTOR/डॉक्टर	1	2	B. ANM / ए.एन.एम	1	2	C. HEALTH WORKERS स्वास्थ्य कार्यकर्ता	1	2	D. ANGANWADI WORKER आंगनवाडी कार्यकर्ता.....	1	2	E. ASHA / आशा	1	2	F. NGO/CBO/गैरसरकारी संगठन/ समुदाय आधारित संगठन	1	2	G. HUSBAND / पति.....	1	2	H. MOTHER-IN-LAWसास....	1	2	I. MOTHER/ माँ	1	2	J. RELATIVES/FRIENDS/ रिश्तेदार/मित्र.....	1	2	K. SELF/स्वयं	1	2	L. OTHER/अन्य	1	2	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A.DOCTOR/डॉक्टर</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. ANM / ए.एन.एम</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. HEALTH WORKERS स्वास्थ्य कार्यकर्ता</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. ANGANWADI WORKER आंगनवाडी कार्यकर्ता.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. ASHA / आशा</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. NGO/CBO/गैरसरकारी संगठन/ समुदाय आधारित संगठन</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. HUSBAND / पति.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. MOTHER-IN-LAWसास....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. MOTHER/ माँ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. RELATIVES/FRIENDS/ रिश्तेदार/मित्र.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. SELF/स्वयं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. OTHER/अन्य</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> (SPECIFY /स्पष्ट करें)		YES	NO	A.DOCTOR/डॉक्टर	1	2	B. ANM / ए.एन.एम	1	2	C. HEALTH WORKERS स्वास्थ्य कार्यकर्ता	1	2	D. ANGANWADI WORKER आंगनवाडी कार्यकर्ता.....	1	2	E. ASHA / आशा	1	2	F. NGO/CBO/गैरसरकारी संगठन/ समुदाय आधारित संगठन	1	2	G. HUSBAND / पति.....	1	2	H. MOTHER-IN-LAWसास....	1	2	I. MOTHER/ माँ	1	2	J. RELATIVES/FRIENDS/ रिश्तेदार/मित्र.....	1	2	K. SELF/स्वयं	1	2	L. OTHER/अन्य	1	2
	YES	NO																																																																															
A.DOCTOR/डॉक्टर	1	2																																																																															
B. ANM / ए.एन.एम	1	2																																																																															
C. HEALTH WORKERS स्वास्थ्य कार्यकर्ता	1	2																																																																															
D. ANGANWADI WORKER आंगनवाडी कार्यकर्ता.....	1	2																																																																															
E. ASHA / आशा	1	2																																																																															
F. NGO/CBO/गैरसरकारी संगठन/ समुदाय आधारित संगठन	1	2																																																																															
G. HUSBAND / पति.....	1	2																																																																															
H. MOTHER-IN-LAWसास....	1	2																																																																															
I. MOTHER/ माँ	1	2																																																																															
J. RELATIVES/FRIENDS/ रिश्तेदार/मित्र.....	1	2																																																																															
K. SELF/स्वयं	1	2																																																																															
L. OTHER/अन्य	1	2																																																																															
	YES	NO																																																																															
A.DOCTOR/डॉक्टर	1	2																																																																															
B. ANM / ए.एन.एम	1	2																																																																															
C. HEALTH WORKERS स्वास्थ्य कार्यकर्ता	1	2																																																																															
D. ANGANWADI WORKER आंगनवाडी कार्यकर्ता.....	1	2																																																																															
E. ASHA / आशा	1	2																																																																															
F. NGO/CBO/गैरसरकारी संगठन/ समुदाय आधारित संगठन	1	2																																																																															
G. HUSBAND / पति.....	1	2																																																																															
H. MOTHER-IN-LAWसास....	1	2																																																																															
I. MOTHER/ माँ	1	2																																																																															
J. RELATIVES/FRIENDS/ रिश्तेदार/मित्र.....	1	2																																																																															
K. SELF/स्वयं	1	2																																																																															
L. OTHER/अन्य	1	2																																																																															
Q320	क्या (नाम) को पिछले दो सप्ताह के दौरान दस्त हुई थी ? Has (NAME) had Diarrhoea in the last two weeks?	YES /हाँ1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं8 } → SKIP TO Q325	YES /हाँ1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं8 } → SKIP TO Q325																																																																														
Q321	क्या अभी के (या पिछले) दस्त के दौरान आपने बच्चे को इन चीजों में से कुछ दिया था? During the current (last) episode of diarrhoea have you given the following liquids to the child? Plain water Salt and sugar solution Fruit juice Lime water Gruel made from rice(other local grain) Home remedy Child on breast milk	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. PLAIN WATER/सादा पानी</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. SALT AND SUGAR SOLUTION /नमक चीनी का घोल ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C.FRUIT JUICE /फल का रस</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. LIME WATER /नींबू पानी</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E.GRUEL MADE FROM RICE (OTHER LOCAL GRAIN)/ चावल या अनन से बनाया घोल</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F.HOME REMEDY/घरेलु उपचार ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G.CHILD ON BREAST MILK /बच्चा स्तनपान पर निर्भर है</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. PLAIN WATER/सादा पानी	1	2	B. SALT AND SUGAR SOLUTION /नमक चीनी का घोल ...	1	2	C.FRUIT JUICE /फल का रस	1	2	D. LIME WATER /नींबू पानी	1	2	E.GRUEL MADE FROM RICE (OTHER LOCAL GRAIN)/ चावल या अनन से बनाया घोल	1	2	F.HOME REMEDY/घरेलु उपचार ...	1	2	G.CHILD ON BREAST MILK /बच्चा स्तनपान पर निर्भर है	1	2	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. PLAIN WATER/सादा पानी</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. SALT AND SUGAR SOLUTION /नमक चीनी का घोल ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C.FRUIT JUICE /फल का रस</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. LIME WATER /नींबू पानी</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E.GRUEL MADE FROM RICE (OTHER LOCAL GRAIN) / चावल या अनन से बनाया घोल</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F.HOME REMEDY/घरेलु उपचार ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G.CHILD ON BREAST MILK /बच्चा स्तनपान पर निर्भर है</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. PLAIN WATER/सादा पानी	1	2	B. SALT AND SUGAR SOLUTION /नमक चीनी का घोल ..	1	2	C.FRUIT JUICE /फल का रस	1	2	D. LIME WATER /नींबू पानी	1	2	E.GRUEL MADE FROM RICE (OTHER LOCAL GRAIN) / चावल या अनन से बनाया घोल	1	2	F.HOME REMEDY/घरेलु उपचार ...	1	2	G.CHILD ON BREAST MILK /बच्चा स्तनपान पर निर्भर है	1	2																														
	YES	NO																																																																															
A. PLAIN WATER/सादा पानी	1	2																																																																															
B. SALT AND SUGAR SOLUTION /नमक चीनी का घोल ...	1	2																																																																															
C.FRUIT JUICE /फल का रस	1	2																																																																															
D. LIME WATER /नींबू पानी	1	2																																																																															
E.GRUEL MADE FROM RICE (OTHER LOCAL GRAIN)/ चावल या अनन से बनाया घोल	1	2																																																																															
F.HOME REMEDY/घरेलु उपचार ...	1	2																																																																															
G.CHILD ON BREAST MILK /बच्चा स्तनपान पर निर्भर है	1	2																																																																															
	YES	NO																																																																															
A. PLAIN WATER/सादा पानी	1	2																																																																															
B. SALT AND SUGAR SOLUTION /नमक चीनी का घोल ..	1	2																																																																															
C.FRUIT JUICE /फल का रस	1	2																																																																															
D. LIME WATER /नींबू पानी	1	2																																																																															
E.GRUEL MADE FROM RICE (OTHER LOCAL GRAIN) / चावल या अनन से बनाया घोल	1	2																																																																															
F.HOME REMEDY/घरेलु उपचार ...	1	2																																																																															
G.CHILD ON BREAST MILK /बच्चा स्तनपान पर निर्भर है	1	2																																																																															

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SURVIVING CHILD	LAST BUT ONE SURVIVING CHILD
Q322	क्या आपने दस्त के दौरान बच्चे को जीवन रक्षक घोल की खुराक दी थी ? Did you give ORS solution to child during the diarrhoea?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं..... 2 CHILD ON BREAST MILK/ बच्चा स्तनपानपर निर्भर3	YES/हाँ.....1 NO/नहीं..... 2 CHILD ON BREAST MILK/ बच्चा स्तनपानपर निर्भर3
Q322A	क्या दस्त के दौरान बच्चे को लगातार सामान्य स्तनपान कराया था ? Whether normal feeding was continued during the diarrhoea?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2
Q323	क्या आपने दस्त के लिए कहीं से सलाह ली या इलाज करवाया था ? Did you seek advice or treatment for the diarrhoea from any source?	YES/हाँ.....1 SKIP TO NO/नहीं.....2 → Q325	YES/हाँ.....1 SKIP TO NO/नहीं.....2 → Q325
Q324	आपने कहाँ से सलाह ली या इलाज करवाया ? Where did you seek advice or treatment? किसी अन्य जगह से ? Anywhere else? IF UNABLE TO DETERMINE A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE MEDICAL SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE (S). _____ NAME OF THE PLACE (S). (RECORD ALL SOURCES MENTIONED)	YES NO GOVERNMENT A. HOSPITAL..... 1 2 B. DISPENSARY..... 1 2 C. UHC/UHP/UFWC..... 1 2 D. CHC/RURAL HOSPITAL..... 1 2 E. PHC..... 1 2 F. SUB-CENTRE..... 1 2 G. ANGANWADI/ICDS CENTRE..... 1 2 H. ASHA..... 1 2 I. AYUSH HOSPITAL/CLINIC... 1 2 J. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY..... 1 2 K. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC 1 2 PRIVATE L. HOSPITAL..... 1 2 M. DOCTOR/CLINIC 1 2 N. AYUSH HOSPITAL/CLINIC... 1 2 O. PHARMACY/DRUG STORE.. 1 2 P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY..... 1 2 Q. OTHER..... 1 2 (SPECIFY)	YES NO GOVERNMENT A. HOSPITAL..... 1 2 B. DISPENSARY..... 1 2 C. UHC/UHP/UFWC..... 1 2 D. CHC/RURAL HOSPITAL.... 1 2 E. PHC..... 1 2 F. SUB-CENTRE..... 1 2 G. ANGANWADI/ICDS CENTRE..... 1 2 H. ASHA..... 1 2 I. AYUSH HOSPITAL/CLINIC 1 2 J. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY..... 1 2 K. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC 1 2 PRIVATE L. HOSPITAL 1 2 M. DOCTOR/CLINIC..... 1 2 N. AYUSH OSPITAL/CLINIC.. 1 2 O. PHARMACY/DRUG TORE 1 2 P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY..... 1 2 Q. OTHER..... 1 2 (SPECIFY)
Q325	क्या (नाम) को पिछले दो सप्ताह में कभी बुखार हुआ है ? Has (NAME) been ill with fever at any time in the last two weeks?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8
Q326	क्या (नाम) को पिछले दो सप्ताह में कभी खांसी हुई है ? Has (NAME) been ill with cough at any time in the last two weeks?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW / मालुम नहीं8 → GO BACK TO Q302 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO SURVIVING CHILD, GO TO SECTION IV	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं8 → SKIP TO SEC IV

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SURVIVING CHILD	LAST BUT ONE SURVIVING CHILD																																																																																																																														
Q327	जब (नाम) को खाँसी हुई थी तो क्या वह छोटी-छोटी या सामान्य से तेज सांस लेता था /लेती थी या उसको सांस लेने में भी परेशानी होती थी ? When (NAME) had this illness with a cough, did he/she breath faster than usual with short, rapid breaths or have difficulty in breathing?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8																																																																																																																														
Q328	क्या आपने कहीं से सलाह ली या इलाज करवाया ? Did you seek advice or treatment for the illness from any source?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 → GO BACK TO Q302 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO SURVIVING CHILD, GO TO SECTION IV	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2 → GO TO SECTION IV																																																																																																																														
Q329	आपने कहाँ से सलाह ली या इलाज करवाया ? Where did you seek advice or treatment? किसी अन्य जगह से Anywhere else? IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE MEDICAL SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE (S). NAME OF THE PLACE (S). (RECORD ALL SOURCES MENTIONED)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GOVERNMENT</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A. HOSPITAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. DISPENSARY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. UHC/UHP/UFWC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. CHC/RURAL HOSPITAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. PHC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. SUB-CENTRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. ANGANWADI/ICDS CENTRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. ASHA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRIVATE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L. HOSPITAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>M. DOCTOR/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>N. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>O. PHARMACY/DRUG STORE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Q. OTHER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(SPECIFY)</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	GOVERNMENT			A. HOSPITAL.....	1	2	B. DISPENSARY.....	1	2	C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2	D. CHC/RURAL HOSPITAL.....	1	2	E. PHC.....	1	2	F. SUB-CENTRE.....	1	2	G. ANGANWADI/ICDS CENTRE.....	1	2	H. ASHA.....	1	2	I. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	J. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2	K. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC.....	1	2	PRIVATE			L. HOSPITAL.....	1	2	M. DOCTOR/CLINIC.....	1	2	N. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	O. PHARMACY/DRUG STORE.....	1	2	P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2	Q. OTHER.....	1	2		(SPECIFY)		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GOVERNMENT</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A. HOSPITAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. DISPENSARY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. UHC/UHP/UFWC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. CHC/RURAL HOSPITAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. PHC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. SUB-CENTRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. ANGANWADI/ICDS CENTRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. ASHA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRIVATE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L. HOSPITAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>M. DOCTOR/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>N. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>O. PHARMACY/DRUG STORE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Q. OTHER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(SPECIFY)</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	GOVERNMENT			A. HOSPITAL.....	1	2	B. DISPENSARY.....	1	2	C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2	D. CHC/RURAL HOSPITAL.....	1	2	E. PHC.....	1	2	F. SUB-CENTRE.....	1	2	G. ANGANWADI/ICDS CENTRE.....	1	2	H. ASHA.....	1	2	I. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	J. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2	K. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC.....	1	2	PRIVATE			L. HOSPITAL.....	1	2	M. DOCTOR/CLINIC.....	1	2	N. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	O. PHARMACY/DRUG STORE.....	1	2	P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2	Q. OTHER.....	1	2		(SPECIFY)	
	YES	NO																																																																																																																															
GOVERNMENT																																																																																																																																	
A. HOSPITAL.....	1	2																																																																																																																															
B. DISPENSARY.....	1	2																																																																																																																															
C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2																																																																																																																															
D. CHC/RURAL HOSPITAL.....	1	2																																																																																																																															
E. PHC.....	1	2																																																																																																																															
F. SUB-CENTRE.....	1	2																																																																																																																															
G. ANGANWADI/ICDS CENTRE.....	1	2																																																																																																																															
H. ASHA.....	1	2																																																																																																																															
I. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																																																																																																															
J. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2																																																																																																																															
K. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC.....	1	2																																																																																																																															
PRIVATE																																																																																																																																	
L. HOSPITAL.....	1	2																																																																																																																															
M. DOCTOR/CLINIC.....	1	2																																																																																																																															
N. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																																																																																																															
O. PHARMACY/DRUG STORE.....	1	2																																																																																																																															
P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2																																																																																																																															
Q. OTHER.....	1	2																																																																																																																															
	(SPECIFY)																																																																																																																																
	YES	NO																																																																																																																															
GOVERNMENT																																																																																																																																	
A. HOSPITAL.....	1	2																																																																																																																															
B. DISPENSARY.....	1	2																																																																																																																															
C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2																																																																																																																															
D. CHC/RURAL HOSPITAL.....	1	2																																																																																																																															
E. PHC.....	1	2																																																																																																																															
F. SUB-CENTRE.....	1	2																																																																																																																															
G. ANGANWADI/ICDS CENTRE.....	1	2																																																																																																																															
H. ASHA.....	1	2																																																																																																																															
I. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																																																																																																															
J. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2																																																																																																																															
K. NGO/TRUST HOSP. /CLINIC.....	1	2																																																																																																																															
PRIVATE																																																																																																																																	
L. HOSPITAL.....	1	2																																																																																																																															
M. DOCTOR/CLINIC.....	1	2																																																																																																																															
N. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																																																																																																															
O. PHARMACY/DRUG STORE.....	1	2																																																																																																																															
P. OTHER PVT. SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2																																																																																																																															
Q. OTHER.....	1	2																																																																																																																															
	(SPECIFY)																																																																																																																																
Q330		GO BACK TO Q302 IN NEXT COLUMN OR, IF NO SURVIVING CHILD, GO TO SECTION IV	GO TO SECTION IV																																																																																																																														

भाग-IV
गर्भनिरोधक और प्रजनन वरीयतएं
SECTION-IV
CONTRACEPTION AND FERTILITY PREFERENCES

A. CONTRACEPTION -गर्भनिरोधक			
<p>अब मैं आपसे परिवार नियोजन के बारे में बात करना चाहूँगी - ऐसे बहुत से तरीके या उपाय हैं जिन्हें दम्पति गर्भ धारण टालने या रोकने के लिए इस्तेमाल कर सकते हैं ।</p> <p>Now I would like to talk about family planning – the various ways or methods that a couple can use to delay or avoid a pregnancy.</p>			
Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	SKIP TO	CODING CATEGORIES
Q401A	<p>आपने किन-किन तरीकों या उपायों के बारे में सुना है ?</p> <p>Which ways or methods have you heard about?</p> <p>CIRCLE CODE '1' IN Q401 A FOR EACH METHOD MENTIONED SPONTANEOUSLY</p> <p>FOR METHODS NOT MENTIONED SPONTANEOUSLY, ASK EACH METHOD SEPARATELY READING THE NAME AND DESCRIPTION.</p>		<p>CHECK Q105: Q401B IS NOT APPLICABLE TO WOMEN WHO ARE MARRIED BUT GAUNA NOT PERFORMED.</p> <p>ASK Q401B FOR EACH METHOD WITH CODE '1' CIRCLED IN Q401A.</p> <p>Q401B. क्या आपने कभी-भी (विधि) का इस्तेमाल किया है ?</p> <p>Have you ever used (METHOD NAME)?</p>
01	<p>महिला नसबंदी - अधिक बच्चों के जन्म को रोकने के लिए महिलाएं ऑपरेशन करा सकती हैं ।</p> <p>FEMALE STERILIZATION- Women can have an operation to avoid having any more children.</p>	<p>YES/ हाँ1</p> <p>NO/ नहीं.....2</p>	<p>क्या आपने कभी भी और अधिक बच्चे नहीं होने के लिए ऑपरेशन करवाया है ?</p> <p>Have you ever had an operation to avoid having any more children?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
02	<p>पुरुष नसबंदी -अधिक बच्चों के जन्म को रोकने के लिए पुरुष ऑपरेशन करा सकते हैं ।</p> <p>MALE STERILIZATION- Men can have an operation to avoid having any more children.</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>क्या आपके पति ने कभी भी और अधिक बच्चे नहीं होने के लिए ऑपरेशन करवाया है ?</p> <p>Has your husband ever had an operation to avoid having any more children?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
03	<p>आय यू डी - महिलाएं, डॉक्टर या नर्स से अपनी बच्चेदानी में उपकरण लगावा सकती हैं ।</p> <p>IUD - Women can have device placed inside the uterus by a doctor or a nurse.</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>USED IUD</p> <p>/आई.यू.डी. का उपयोग किया?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
04	<p>गर्भनिरोधक गोली - महिलाएं गर्भधारण को टालने के लिए एक गोली प्रतिदिन या प्रत्येक सप्ताह ले सकती हैं ।</p> <p>PILL- Women can take a pill every day or once a week to avoid becoming pregnant.</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>USED PILLS</p> <p>/गर्भनिरोधक गोली का उपयोग किया ?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	SKIP TO	CODING CATEGORIES
05	<p>आपातकालीन गर्भनिरोधक - महिलाएं गर्भधारण को टालने के लिए असुरक्षित संभोग होने के तीन दिन के अन्दर गर्भनिरोधक गोली ले सकती हैं।</p> <p>EMERGENCY CONTRACEPTION- Women can take pills within three days after unprotected sexual intercourse to avoid becoming pregnant.</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>USED EMERGENCY CONTRACEPTION / ई.सी. पिल्स का उपयोग किया ?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
06	<p>गर्भनिरोधक इंजेक्शन - महिलाएं स्वास्थ्य प्रदानकर्ता (डॉक्टर, नर्स इत्यादि) से इंजेक्शन लगवा सकती हैं जो उन्हें एक या अधिक महीनों के लिए गर्भवती होने से रोक सकता है।</p> <p>INJECTABLES- Women can have an injection by health provider that stops them from becoming pregnant (for one or more months).</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>USED INJECTABLES / गर्भनिरोधक इंजेक्शन का प्रयोग ?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
07	<p>कंडोम या निरोध - पुरुष संभोग के पहले अपने लिंग पर रबड़ का आवरण लगा सकते हैं।</p> <p>CONDOM OR NIRODH- Men can put rubber sheath on their penis before sexual intercourse.</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>USED CONDOM/NIRODH / कंडोम या निरोध का उपयोग ?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
08	<p>महिला कंडोम - महिलाएं संभोग से पहले अपने योनि में रबड़ का आवरण रख सकती हैं।</p> <p>FEMALE CONDOM- Women can place a sheath in their vagina before sexual intercourse.</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>USED FEMALE CONDOM / महिला कंडोम का उपयोग ?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
09	<p>सुरक्षित काल पद्धति - प्रत्येक महीने में जब महिला लैंगिक रूप से सक्रिय रहती है तब महीने के जिन दिनों में उसके गर्भवती होने की अत्यधिक संभावना रहती है उन दिनों में संभोग न करके वह गर्भाधारण को टाल सकती है।</p> <p>RHYTHM METHOD- Every month that a woman is sexually active she can avoid pregnancy by not having sexual intercourse on the days of the month she is most likely to get pregnant.</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>USED RHYTHM METHOD सुरक्षित काल पद्धति का उपयोग ?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
10	<p>अद्यपतन यानी विदड्रावल - पुरुष चरमोत्कर्ष (वीर्य आने) के पहले सावधानी पूर्वक लिंग को बाहर निकाल लेता है।</p> <p>WITHDRAWAL- Men can be careful and pull out before climax.</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>USED WITHDRAWAL / अद्यपतन यानी विदड्रावल पद्धति का उपयोग ?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
11	<p>क्या आपने किसी अन्य तरीकों या साधनों के बारे में सुना है जिनका उपयोग स्त्रियां या पुरुष गर्भधारण को टालने के लिए कर सकते हैं ?</p> <p>Have you heard of any other ways or methods that women or men can use to avoid pregnancy?</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NO/नहीं.....2</p>	<p>USED ANY OTHER METHOD अन्य कोई साधन का प्रयोग किया ?</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p> <p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं.....2</p>
Q402	<p>CHECK Q105: CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/></p>	<p>MARRIED BUT GAUNA NOT PERFORMED/ SEPARATED / DESERTED <input type="checkbox"/> DIVORCED / WIDOWED <input type="checkbox"/></p>	<p>→ SEC V</p>
Q403	<p>CHECK Q401B: WOMAN/MAN NOT STERILIZED <input type="checkbox"/></p>	<p>WOMAN/MAN STERILIZED <input type="checkbox"/></p>	<p>→ Q406A</p>

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO			
Q404	क्या आप इस समय गर्भवती हैं ? Are you currently pregnant?	YES/हाँ 1 NO/ नहीं 2 UNSURE/पता नहीं..... 3	→ Q430			
Q405	क्या आप या आपके पति इस समय गर्भधारण टालने या रोकने के लिए कुछ कर रहे हैं या किसी विधि का इस्तेमाल कर रही/रहे हैं ? Are you/your husband currently doing something or using any method to delay or avoid getting pregnant?	YES/हाँ 1 NO/ नहीं..... 2	→ Q430			
Q406	आप या आपके पति किस विधि का उपयोग कर रही / रहे हैं ? Which method are you/your husband using? (CIRCLE ALL MENTIONED) IF MORE THAN ONE METHOD MENTIONED, FOLLOW SKIP FOR HIGHEST METHOD ON LIST.	FEMALE STERILIZATION/स्त्री नसबंदी01 MALE STERILIZATION/ पुरुष नसबंदी02 IUD/आय यू डी03 DAILY PILLS/ दैनिक गोली.....04 WEEKLY PILLS/सप्ताहिक गोली05 INJECTABLES/ गर्भनिरोधक इंजेक्शन.....06 CONDOM/NIRODH/कंडोम या निरोध07 FEMALE CONDOM/ महिला कंडोम.....08 RHYTHM METHOD/सुरक्षित काल पध्दति09 WITHDRAWAL/अद्यपतन यानी विदड्वावल10 OTHER/ अन्य 96	→ Q412 → Q411 → Q415			
Q406A	CIRCLE '1' FOR FEMALE STERILIZATION, CIRCLE '2' FOR MALE STERILIZATION	(SPECIFY/ स्पष्ट करें)				
Q407	क्या आप /आपके पतिको कभी भी इस विधि को प्राप्त करने में परेशानी हुई ? Have you/your husband ever faced difficulty in getting the method?	NO PROBLEM. / कोई परेशानी नहीं.....1 NOT REGULARLY AVAIL. WITH PHC /पी एच सी पर हमेशा उपलब्ध नहीं2 NOT REGULARLY AVAIL. WITH ANM /ए एन एम के पास हमेशा उपलब्ध नहीं3 NOT REGULARLY AVAIL. WITH MEDICAL SHOPS/CHEMIST / दवाखाने /केमिस्ट पर हमेशा उपलब्ध नहीं4 OTHER/ अन्य 5				
		(SPECIFY/ स्पष्ट करें)				
Q408	आप /आपके जिन गर्भनिरोधक (विधि) का इस्तेमाल कर रही हैं, क्या उसका ब्रांड का नाम जानती हैं? Do you know the brand name of (method) you/your husband are using? RECORD NAME OF BRAND. (WRITE ACTUAL BRAND NAME. SUPERVISOR OR EDITOR WILL CODE FROM LIST.)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> BRAND NAME/ ब्रांड का नाम (SPECIFY/ स्पष्ट करें)				
		DON'T KNOW/मालूम नहीं.998				
Q409	क्या आपको निरोध /गर्भनिरोधक गोली/इंजेक्शन के लिए पैसे का भुगतान करना पड़ा था? Whether money was paid for getting pills condoms/injectables?	YES/ हाँ.....1 NO/ नहीं2 DON'T KNOW//पता नहीं8				

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q410	<p>आपने पिछली बार (वर्तमान विधि का नाम) कहां से प्राप्त की?</p> <p>Where did you obtain (CURRENT METHOD) the last time?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IT TO BE A HOSPITAL, HEALTH CENTER, OR CLINIC; IF IT IS GOVERNMENT OR PRIVATE, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF PLACE)</p>	<p>GOVERNMENT</p> <p>HOSPITAL..... 11</p> <p>DISPENSARY..... 12</p> <p>UHC/UHP/UFWC..... 13</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL..... 14</p> <p>PHC..... 15</p> <p>SUB-CENTER/ANM..... 16</p> <p>MOBILE CLINIC..... 17</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTER..... 18</p> <p>ASHA..... 19</p> <p>OTHER COMMUNITY-BASED WORKER.....20</p> <p>AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....21</p> <p>OTHER PUBLIC MEDICAL SECTOR.....22</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC..... 31</p> <p>PRIVATE</p> <p>HOSPITAL..... 41</p> <p>DOCTOR/CLINIC.....42</p> <p>MOBILE CLINIC.....43</p> <p>AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....44</p> <p>TRADITIONAL HEALER.....45</p> <p>PHARMACY/DRUGSTORE..... 46</p> <p>OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR.....47</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>SHOP.....48</p> <p>VENDING MACHINE.....49</p> <p>HUSBAND.....50</p> <p>RELATIVES/FRIENDS..51</p> <p>OTHER..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW..... 98</p>	Q415
Q411	<p>आपने कहां से आइयूडी लगवाई ?</p> <p>In what facility did the IUD insertion take place?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IT TO BE A HOSPITAL, HEALTH CENTER, OR CLINIC ; IT IS A GOVERNMENT OR PRIVATE, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF PLACE)</p>	<p>GOVERNMENT</p> <p>HOSPITAL..... 11</p> <p>DISPENSARY..... 12</p> <p>UHC/UHP/UFWC..... 13</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL..... 14</p> <p>PHC..... 15</p> <p>SUB-CENTER.....16</p> <p>MOBILE CLINIC.....17</p> <p>OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....18</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC.....21</p> <p>PRIVATE</p> <p>HOSPITAL..... 31</p> <p>DOCTOR/CLINIC.....32</p> <p>MOBILE CLINIC.....33</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH FACILITY ...34</p> <p>OTHER..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW..... 98</p>	Q415
Q412	<p>आप या आपके पति की किस प्रकार की नसबंदी हुई है ?</p> <p>What type of sterilization procedure you/your husband have undergone?</p>	<p>FEMALE</p> <p>TUBECTOMY/महिला नसबंदी 1</p> <p>LAPAROSCOPY/दुरबीन द्वारा नसबंदी..... 2</p> <p>MALE</p> <p>VASECTOMY / पुरुष नसबंदी3</p> <p>NO-SCALPEL VASECTOMY (NSV) / बिना चीरा लगाये नसबंदी (एन एस वी)4</p>	
Q413	<p>क्या आप या आपके पति की नसबंदी बच्चे के जन्म या गर्भपात के तुरंत बाद या कोई अन्य समय हुई थी ?</p> <p>Had you / your husband undergone sterilization just after child birth or abortion or any other time?</p>	<p>AFTER CHILD BIRTH/जन्म के बाद1</p> <p>AFTER ABORTION/गर्भपात के बाद2</p> <p>ANY OTHER TIME/कोई अन्य समय3</p>	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q414	<p>नसबंदी कहाँ पर हुई थी ?</p> <p>In what facility did the sterilization take place?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS GOVERNMENT OR PRIVATE, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF PLACE)</p>	<p>GOVERNMENT</p> <p>HOSPITAL..... 11</p> <p>DISPENSARY..... 12</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL..... 13</p> <p>PHC..... 14</p> <p>MOBILE CLINIC..... 15</p> <p>CAMP..... 16</p> <p>OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY..... 17</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC... 21</p> <p>PRIVATE</p> <p>HOSPITAL..... 31</p> <p>DOCTOR/CLINIC..... 32</p> <p>MOBILE CLINIC..... 33</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH FACILITY..... 34</p> <p>OTHER _____ (SPECIFY) 96</p> <p>DON'T KNOW..... 98</p>	
Q414A	<p>क्या आप या आपके पति को नसबंदी के बाद क्षतिपूर्ति (अनुपूरक) राशि प्राप्त हुई?</p> <p>Did you/ your husband receive the compensation after sterilization?</p>	<p>YES/ हाँ1</p> <p>NO/ नहीं2</p>	Q415
Q414B	<p>नसबंदी के लिए आप या आपके पति को कब क्षतिपूर्ति (अनुपूरक) राशि प्राप्त हुई?</p> <p>When did you/your husband receive compensation for sterilization?</p>	<p>BEFORE / AT THE TIME OF DISCHARGE</p> <p>/ पहले/ अस्पताल छोड़ने के समय1</p> <p>AT THE TIME OF FIRST FOLLOW-UP</p> <p>/ पहली अनुवर्ती जाँच के समय2</p> <p>AFTER SEVERAL VISITS</p> <p>/ कई बार जाने के बाद3</p>	
Q415	<p>A). STERILIZED B). ALL OTHER METHODS</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>आप या आपके पति इस समय आप /आपके पति की नसबंदी कितने (वर्तमान विधि का नाम) का समय पहले हुई थी? इस्तेमाल बंद किए बिना कबसे कर रही /रहे हैं ?</p> <p>How long ago did you/your husband undergo sterilization? For how long have you/ your husband been using (CURRENT METHOD) continuously (without stopping)?</p>	<p>MONTHS/ महीने..... <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(LESS THAN TWO YEARS/दो साल से कम)</p> <p>IF LESS THAN '1' MONTH RECORD/यदि एक माह से कम हो... 00</p> <p>YEARS/ वर्षो <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DO NOT REMEMBER/याद नहीं..... 98</p>	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																										
Q416	<p>क्या आपको इस परिवार नियोजन विधि के उपयोग के लिए किसने सहयोग दिया या प्रोत्साहित किया?</p> <p>Who facilitated or motivated you to use current family planning method?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. DOCTOR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B. ANM</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C. HEALTH WORKER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D. ANGANWADI WORKER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E. ASHA</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F. NGO / CBO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G. HUSBAND</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>H. MOTHER-IN-LAW.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>I. MOTHER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>J. RELATIVES/FRIENDS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>K. DAI (TBA).....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>L. SELF.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>M. OTHER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p>(SPECIFY)</p>		YES	NO	A. DOCTOR.....	1	2	B. ANM	1	2	C. HEALTH WORKER	1	2	D. ANGANWADI WORKER.....	1	2	E. ASHA	1	2	F. NGO / CBO.....	1	2	G. HUSBAND	1	2	H. MOTHER-IN-LAW.....	1	2	I. MOTHER	1	2	J. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2	K. DAI (TBA).....	1	2	L. SELF.....	1	2	M. OTHER.....	1	2	
	YES	NO																																											
A. DOCTOR.....	1	2																																											
B. ANM	1	2																																											
C. HEALTH WORKER	1	2																																											
D. ANGANWADI WORKER.....	1	2																																											
E. ASHA	1	2																																											
F. NGO / CBO.....	1	2																																											
G. HUSBAND	1	2																																											
H. MOTHER-IN-LAW.....	1	2																																											
I. MOTHER	1	2																																											
J. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2																																											
K. DAI (TBA).....	1	2																																											
L. SELF.....	1	2																																											
M. OTHER.....	1	2																																											
Q417	<p>जब आप या आपके पति ने वर्तमान विधि का इस्तेमाल शुरू किया तो क्या उस समय आपको उससे होने वाली समस्याओं/परिणामों के बारे में बताया गया था?</p> <p>When you/your husband started using (CURRENT METHOD), at that time, were you told about side effects or other problems?</p>	<p>YES/ हाँ.....1</p> <p>NO/ नहीं.....2</p>	→ Q419																																										
Q418	<p>आप या आपके पति जिस विधि का उपयोग कर रही हैं उससे होने वाले संभावित समस्याओं /परिणामों के बारे में क्या किसी ने आपको बताया था?</p> <p>Who told you/your husband about side effects or other problems/consequences that you might have due to usage of the method?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. DOCTOR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B. ANM</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C. HEALTH WORKER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D. ANGANWADI WORKER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E. ASHA</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F. MOTHER-IN-LAW.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G. MOTHER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>H. RELATIVES/FRIENDS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>I. OTHER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p>(SPECIFY)</p>		YES	NO	A. DOCTOR.....	1	2	B. ANM	1	2	C. HEALTH WORKER	1	2	D. ANGANWADI WORKER.....	1	2	E. ASHA	1	2	F. MOTHER-IN-LAW.....	1	2	G. MOTHER	1	2	H. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2	I. OTHER.....	1	2													
	YES	NO																																											
A. DOCTOR.....	1	2																																											
B. ANM	1	2																																											
C. HEALTH WORKER	1	2																																											
D. ANGANWADI WORKER.....	1	2																																											
E. ASHA	1	2																																											
F. MOTHER-IN-LAW.....	1	2																																											
G. MOTHER	1	2																																											
H. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2																																											
I. OTHER.....	1	2																																											
Q419	<p>CHECK Q406/Q406A:</p> <p>CIRCLE METHOD CODE:</p> <p>(IF MORE THAN ONE METHOD CODE CIRCLES IN Q406/Q406A, CIRCLED CODE FOR HIGHEST METHOD IN LIST)</p>	<p>NO CODE CIRCLED/ कोई कोड सर्कल नहीं 00</p> <p>FEMALE STERILIZATION/स्त्री नसबंदी..... 01</p> <p>MALE STERILIZATION/ पुरुष नसबंदी..... 02</p> <p>IUD/आय यू डी (कॉपर-टी) 03</p> <p>DAILY PILLS/ दैनिक गोली..... 04</p> <p>WEEKLY PILLS/ साप्ताहिक गोली..... 05</p> <p>INJECTABLES/ गर्भनिरोधक इंजेक्शन..... 06</p> <p>CONDOM/NIRODH/कंडोम या निरोध..... 07</p> <p>FEMALE CONDOM/ महिला कंडोम 08</p> <p>RHYTHM METHOD/सुरक्षित काल पध्दति 09</p> <p>WITHDRAWAL/अग्रपतन यानी विदड़ावल..... 10</p> <p>OTHER METHOD (SPECIFY) 96</p>	<p>→ Q429</p> <p>→ Q422</p> <p>→ Q428</p>																																										
Q420	<p>जब आपकी नसबंदी हुई या आपने आइ यू डी लगवायी उस समय और उसके तुरंत बाद आपको जो सेवा मिली उस सेवा को आप कौनसी श्रेणी में रखना चाहेंगी : बहुत अच्छा ,ठीक-ठाक , ज्यादा अच्छा नहीं या खराब ?</p> <p>How would you rate the care you received during and immediately after the sterilization/IUD insertion: very good, all right, not so good, or bad?</p>	<p>VERY GOOD/ बहुत अच्छा 1</p> <p>ALL RIGHT/ ठीक ठाक 2</p> <p>NOT SO GOOD/ ज्यादा अच्छा नहीं 3</p> <p>BAD/ खराब..... 4</p>																																											

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																	
Q421	<p>इस परिवार नियोजन विधि को अपनाने के बाद क्या कोई भी आप/आपके पति के स्वास्थ्य के बारे में 48 घण्टे के अंदर पूछताछ करने आया था? या आप/आपके पति किसी के पास 48 घण्टे के अंदर अनुवर्ती जांच लिए गए थे ?</p> <p>After you adopted this method, did anyone visit you for enquiring about you/your husband's health within 48 hours? or Did you / your husband visit anyone for follow-up within 48 hours?</p>	<p>HEALTH PERSONNEL VISITED /स्वास्थ्य कार्यकर्ता 1</p> <p>SELF/ HUSBAND VISITED HEALTHFACILITY स्वयं / पति स्वास्थ्य केन्द्र गए 2</p> <p>NOT VISITED AT ALL/मिले ही नहीं 3</p>																																		
Q422	<p>जब इस विधि को आप या आपके पति ने अपनाया तो क्या उस समय किसी स्वास्थ्य या परिवार नियोजन कार्यकर्ता /आशा द्वारा किसी अन्य परिवार नियोजन विधि के बारे में बताया गया जिसका उपयोग आप कर सकती है ?</p> <p>या</p> <p>क्या आप/आपके पति को स्वास्थ्य या परिवार नियोजन कार्यकर्ता/आशा द्वारा अन्य परिवार नियोजन विधि के बारे में कभी भी बताया गया था, जिसका उपयोग आप कर सकते हैं ?</p> <p>At that time, when you/your husband started using current method, were you told by a health or family planning worker/ASHA about other methods of family planning that you could use?</p> <p>OR</p> <p>Were you/ your husband ever informed by a health or family planning worker/ASHA about other methods of family planning that you could use?</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं2</p> <p>DO NOT REMEMBER/ याद नहीं8</p>	Q424																																	
Q423	<p>आपको परिवार नियोजन की कौनसी विधियों के बारे में बताया गया था ?</p> <p>What methods of contraception were informed?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. MALE STERILIZATION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. FEMALE STERILIZATION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. IUD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. DAILY PILLS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. WEEKLY PILLS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. INJECTABLES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. CONDOM/NIRODH.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. FEMALE CONDOM.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. OTHERS _____ (SPECIFY)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. DO NOT REMEMBER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. MALE STERILIZATION.....	1	2	B. FEMALE STERILIZATION.....	1	2	C. IUD.....	1	2	D. DAILY PILLS.....	1	2	E. WEEKLY PILLS.....	1	2	F. INJECTABLES.....	1	2	G. CONDOM/NIRODH.....	1	2	H. FEMALE CONDOM.....	1	2	I. OTHERS _____ (SPECIFY)	1	2	J. DO NOT REMEMBER.....	1	2	
	YES	NO																																		
A. MALE STERILIZATION.....	1	2																																		
B. FEMALE STERILIZATION.....	1	2																																		
C. IUD.....	1	2																																		
D. DAILY PILLS.....	1	2																																		
E. WEEKLY PILLS.....	1	2																																		
F. INJECTABLES.....	1	2																																		
G. CONDOM/NIRODH.....	1	2																																		
H. FEMALE CONDOM.....	1	2																																		
I. OTHERS _____ (SPECIFY)	1	2																																		
J. DO NOT REMEMBER.....	1	2																																		
Q424	<p>क्या आप/आपके पति को इस विधि का उपयोग शुरू करने के बाद कोई स्वास्थ्य समस्या हुई थी?</p> <p>Have you/your husband had any health problem after you/your husband started to use this (NAME) method?</p>	<p>YES/हाँ1</p> <p>NO/नहीं2</p>	Q428																																	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																																									
Q425	<p>आप/आपके पति को कौन-कौनसी स्वास्थ्य समस्या हुई /समस्याएं हुई थीं?</p> <p>What health problem(s) did you/your husband has?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. WEAKNESS/INABILITY TO WORK / कमजोरी /काम करने के लायक नहीं</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. BODY ACHE/BACKACHE / शरीर दर्द/ पीठ दर्द</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. ABDOMINAL PAIN / पेट के नीचले हिस्से में दर्द</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. WEIGHT GAIN/वजन बढ़ना.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. DIZZINESS/ चक्कर आना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. NAUSEA/VOMITING/ उल्टी आना ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. FEVER/ बुखार</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. BREAST TENDERNESS /स्तन में खींचाव</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. IRREGULAR PERIODS / मासिक धर्म का अनियमित होना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. EXCESSIVE BLEEDING / अत्यधिक रक्त स्राव होना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. SPOTTING/ खून का धब्बा आना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. AMENORRHOEA/ प्रसव पश्चात मासिक धर्म बंद होना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>M. CRAMPSशरीर में खींचाव</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>N. SCROTUM SWELLING/ वृषा में सूजन .</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>O. DECREASED LIBIDO / काम-इच्छा का कम हो जाना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>P. RASHES/ALLERGY/ फुन्सी /एलर्जी</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Q. INFECTION/संक्रमण.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>R. OTHER/अन्य</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(SPECIFY/स्पष्ट करें)</p>		YES	NO	A. WEAKNESS/INABILITY TO WORK / कमजोरी /काम करने के लायक नहीं	1	2	B. BODY ACHE/BACKACHE / शरीर दर्द/ पीठ दर्द	1	2	C. ABDOMINAL PAIN / पेट के नीचले हिस्से में दर्द	1	2	D. WEIGHT GAIN/वजन बढ़ना.	1	2	E. DIZZINESS/ चक्कर आना	1	2	F. NAUSEA/VOMITING/ उल्टी आना ...	1	2	G. FEVER/ बुखार	1	2	H. BREAST TENDERNESS /स्तन में खींचाव	1	2	I. IRREGULAR PERIODS / मासिक धर्म का अनियमित होना.....	1	2	J. EXCESSIVE BLEEDING / अत्यधिक रक्त स्राव होना	1	2	K. SPOTTING/ खून का धब्बा आना	1	2	L. AMENORRHOEA/ प्रसव पश्चात मासिक धर्म बंद होना	1	2	M. CRAMPSशरीर में खींचाव	1	2	N. SCROTUM SWELLING/ वृषा में सूजन .	1	2	O. DECREASED LIBIDO / काम-इच्छा का कम हो जाना.....	1	2	P. RASHES/ALLERGY/ फुन्सी /एलर्जी	1	2	Q. INFECTION/संक्रमण.....	1	2	R. OTHER/अन्य	1	2	
	YES	NO																																																										
A. WEAKNESS/INABILITY TO WORK / कमजोरी /काम करने के लायक नहीं	1	2																																																										
B. BODY ACHE/BACKACHE / शरीर दर्द/ पीठ दर्द	1	2																																																										
C. ABDOMINAL PAIN / पेट के नीचले हिस्से में दर्द	1	2																																																										
D. WEIGHT GAIN/वजन बढ़ना.	1	2																																																										
E. DIZZINESS/ चक्कर आना	1	2																																																										
F. NAUSEA/VOMITING/ उल्टी आना ...	1	2																																																										
G. FEVER/ बुखार	1	2																																																										
H. BREAST TENDERNESS /स्तन में खींचाव	1	2																																																										
I. IRREGULAR PERIODS / मासिक धर्म का अनियमित होना.....	1	2																																																										
J. EXCESSIVE BLEEDING / अत्यधिक रक्त स्राव होना	1	2																																																										
K. SPOTTING/ खून का धब्बा आना	1	2																																																										
L. AMENORRHOEA/ प्रसव पश्चात मासिक धर्म बंद होना	1	2																																																										
M. CRAMPSशरीर में खींचाव	1	2																																																										
N. SCROTUM SWELLING/ वृषा में सूजन .	1	2																																																										
O. DECREASED LIBIDO / काम-इच्छा का कम हो जाना.....	1	2																																																										
P. RASHES/ALLERGY/ फुन्सी /एलर्जी	1	2																																																										
Q. INFECTION/संक्रमण.....	1	2																																																										
R. OTHER/अन्य	1	2																																																										
Q426	<p>क्या आप/आपके पति ने इन स्वास्थ्य समस्याओं के लिए किसी-से सलाह ली या इलाज करवाया ?</p> <p>Did you/your husband consult anybody or seek treatment for the health problem(s)?</p>	<p>YES/ हाँ1</p> <p>NO/नहीं2</p>	Q428																																																									
Q427	<p>आप/आपके पति परामर्श या इलाज के लिए कहाँ गये थे?</p> <p>Where did you/your husband go for consultation or seek treatment?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE WHETHER IT IS A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC ; IS A GOVERNMENT OR PRIVATE, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF PLACE)</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GOVERNMENT</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A. HOSPITAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. DISPENSARY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. UHC/UHP/UFWC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. CHC/RURAL HOSPITAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. PHC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. SUB-CENTRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. MOBILE CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRIVATE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K. HOSPITAL/ CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. MOBILE CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>M. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>N. OTHER PRIVATE HEALTH FACILITY.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>O. CHEMIST/MEDICAL SHOP.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>P. OTHER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(SPECIFY)</p>		YES	NO	GOVERNMENT			A. HOSPITAL.....	1	2	B. DISPENSARY.....	1	2	C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2	D. CHC/RURAL HOSPITAL.....	1	2	E. PHC.....	1	2	F. SUB-CENTRE.....	1	2	G. MOBILE CLINIC.....	1	2	H. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	I. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2	J. NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	PRIVATE			K. HOSPITAL/ CLINIC.....	1	2	L. MOBILE CLINIC.....	1	2	M. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2	N. OTHER PRIVATE HEALTH FACILITY.....	1	2	O. CHEMIST/MEDICAL SHOP.....	1	2	P. OTHER.....	1	2	
	YES	NO																																																										
GOVERNMENT																																																												
A. HOSPITAL.....	1	2																																																										
B. DISPENSARY.....	1	2																																																										
C. UHC/UHP/UFWC.....	1	2																																																										
D. CHC/RURAL HOSPITAL.....	1	2																																																										
E. PHC.....	1	2																																																										
F. SUB-CENTRE.....	1	2																																																										
G. MOBILE CLINIC.....	1	2																																																										
H. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																																										
I. OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY.....	1	2																																																										
J. NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																																										
PRIVATE																																																												
K. HOSPITAL/ CLINIC.....	1	2																																																										
L. MOBILE CLINIC.....	1	2																																																										
M. AYUSH HOSPITAL/CLINIC.....	1	2																																																										
N. OTHER PRIVATE HEALTH FACILITY.....	1	2																																																										
O. CHEMIST/MEDICAL SHOP.....	1	2																																																										
P. OTHER.....	1	2																																																										
Q428	<p>आप/आपके पति इस विधि से किस हद तक संतुष्ट हैं?</p> <p>To what extent are you/your husband satisfied with this method?</p>	<p>FULLY SATISFIED/ पूरी तरह संतुष्ट.....1</p> <p>PARTIALLY SATISFIED/ थोड़ा संतुष्ट2</p> <p>NOT SATISFIED/संतुष्ट नहीं3</p>																																																										

B. FERTILITY PREFERENCES

Q429	<p>CHECK Q419: METHOD CODE</p> <p>ALL OTHER WOMEN</p>	<p>CODE ' 1 ' OR CODE ' 2 ' CIRCLED</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	SEC V							
Q 430	<p>CHECK Q404:</p> <p>NOT PREGNANT OR UNSURE</p> <p>अब मैं भविष्य के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी Now I have some questions about the future.</p> <p>क्या आप (और) बच्चे चाहेंगी या आप कोई (और) बच्चा नहीं चाहेंगी</p> <p>Would you like to have (a/another) child, or would you prefer not to have any (more) children?</p>	<p>PREGNANT</p> <p>अब मैं भविष्य के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी Now I have some questions about the future.</p> <p>अभी आपको जो बच्चा होनेवाला है, उसके बाद क्या आप और बच्चा चाहेंगी या आप और बच्चे नहीं चाहेंगी ?</p> <p>After the child you are expecting now, would you like to have another child, or would you prefer not to have any more children?</p>	<p>HAVE (A/ANOTHER) CHILD.....1 बच्चा (दूसरा) चाहिए</p> <p>NO MORE/NONE.....2 और नहीं/ कोई नहीं</p> <p>SAYS SHE CAN'T GET PREGNANT / गर्भवती नहीं हो सकती.....3</p> <p>UNDECIDED/DON'T KNOW: निश्चित नहीं किया/ पता नहीं</p> <p>a). AND PREGNANT/ गर्भवती4</p> <p>b). AND NOT PREGNANT OR UNSURE/ गर्भवती नहीं है/भरोसा नहीं5</p>	<p>Q433</p> <p>SEC V</p> <p>Q 437</p> <p>Q 434</p>						
Q431	<p>क्या आप अगला बच्चा लड़का या लड़की चाहती हैं या आपके लिए इसका कोई महत्व नहीं है ?</p> <p>Would you prefer your next child to be a girl or a boy or it doesn't matter?</p>	<p>BOY/लड़का 1</p> <p>GIRL/लड़की..... 2</p> <p>DOESN'T MATTER/इसका कोई महत्व नहीं 3</p> <p>UP TO GOD/ भगवान की इच्छा..... 4</p>	<p>→</p> <p>→</p>							
Q432	<p>CHECK Q404:</p> <p>NOT PREGNANT OR UNSURE</p> <p>अब से लेकर और कितने समय तक (अगला) बच्चा होने का इंतजार करना चाहेंगी ?</p> <p>How long would you like to wait from now before the birth of (a/another) child?</p>	<p>PREGNANT</p> <p>अभी आपको जो बच्चा होने वाला है, उसके बाद अगला बच्चा पैदा होने तक आप कितने समय तक इंतजार करना चाहेंगी?</p> <p>After the birth of the child you are expecting now, how long would you like to wait before the birth of another child?</p>	<p>MONTHS/महीने.....</p> <table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:20px; text-align:center;">1</td><td style="width:20px;"></td><td style="width:20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">2</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>YEARS/वर्षों.....</p> <p>(IF LESS THAN TWO YEARS, RECORD MONTHS, IF 2 YEARS OR MORE RECORD YEARS)</p> <p>SOON/NOW/जल्दी / अभी.....993</p> <p>OTHER/अन्य996 (SPECIFY/स्पष्ट करें)</p> <p>DON'T KNOW/ पता नहीं998</p>	1			2			<p>Q434</p> <p>Q434</p>
1										
2										

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO	
Q433	CHECK Q404: NOT PREGNANT <input type="checkbox"/> OR UNSURE <input type="checkbox"/>	PREGNANT <input type="checkbox"/>	Q437	
Q434	CHECK Q405: USING A CONTRACEPTIVE METHOD? NOT USING CURRENTLY <input type="checkbox"/> CURRENTLY USING <input type="checkbox"/>	NOT ASKED (STERILIZED) <input type="checkbox"/>	SEC V	
Q435	CHECK Q432: NOT ASKED (WANTS-NO MORE) <input type="checkbox"/> Q436	24 OR MORE MONTHS OR 02 OR MORE YEARS OR OTHER/DK <input type="checkbox"/> Q436	Q437	
Q436	CHECK Q430: WANTS NO MORE/NONE <input type="checkbox"/> आपने कहा है कि आपको कोई (और) बच्चा नहीं चाहिए लेकिन गर्भधारण टालने के लिए आप किसी विधि (तरीके) का इस्तेमाल नहीं कर रही हैं। क्या आप बता सकती हैं कि आप विधि (तरीके) का इस्तेमाल क्यों नहीं कर रही हैं ? You have said that you do not want any (more) children , but you are not using any method to avoid pregnancy. Can you tell me why you are not using any method? PROBE: कोई अन्य कारण ? Any other reason?	WANTS TO HAVE A/ANOTHER CHILD <input type="checkbox"/> (After 24 or more months) आपने कहा है कि आपको जल्दी (और) बच्चा नहीं चाहिए लेकिन गर्भधारण टालने के लिए आप किसी विधि (तरीके) का इस्तेमाल नहीं कर रही हैं। क्या आप बता सकती हैं कि आप विधि (तरीके) का इस्तेमाल क्यों नहीं कर रही हैं ? You have said that you do not want (a/another) child soon , but you are not using any method to avoid pregnancy. Can you tell me why you are not using any method? PROBE: कोई अन्य कारण ? Any other reason?	FERTILITY-RELATED REASON A. NOT HAVING SEX/ संबंध नहीं बना रहे..... 1 2 B. INFREQUENT SEX/ कभी-कभी संबंध 1 2 C. HUSBAND AWAY/ पति बाहर है..... 1 2 D. MENOPAUSE/ माहवारी बंद हो जाना..... 1 2 E. HYSTERECTOMY/बच्चापानी निकाल दी 1 2 F. SUBFECUND/INFECUND/बांझ पन 1 2 G. POSTPARTUM AMENORRHEIC / प्रसव बाद माहवारी का बंद होना 1 2 H. BREASTFEEDING/ स्तन पान जारी है 1 2 I. UP TO GOD/ भगवान की इच्छा 1 2 OPPOSITION TO USE J. RESPONDENT OPPOSED/ स्वयं का न चाहना 1 2 K. HUSBAND OPPOSED/ पति का विरोध 1 2 L. OTHERS OPPOSED/अन्य सदस्यों का विरोध 1 2 M. RELIGIOUS PROHIBITION/ धर्म के विरुद्ध ... 1 2 LACK OF KNOWLEDGE N. KNOWS NO METHOD/तरीका मालूम नहीं 1 2 O. KNOWS NO SOURCE/स्रोत मालूम नहीं 1 2 METHOD-RELATED REASON P. HEALTH CONCERNS/ स्वास्थ्य की चिन्ता 1 2 Q. FEAR OF SIDE EFFECTS/पारिष्कृत प्रभाव का डर 1 2 R. LACK OF ACCESS/TOO FAR / पहुँच के बाहर / दूर होना 1 2 S. COSTS TOO MUCH/ ज्यादा खर्चा 1 2 T. DIFFICULT/INCONVENIENT TO GET METHOD/ साधन प्राप्त करने में कठनाई 1 2 U. INCONVENIENT TO USE/उपयोग में कठनाई ... 1 2 V. INTERFERES WITH BODY'S NORMAL PROCESSES/शरीर की सामान्य प्रक्रिया में हस्तक्षेप..... 1 2 W. DO NOT LIKE EXISTING METHODS /वर्तमान साधन पसंद नहीं..... 1 2 X. AFRAID OF STERILIZATION/ नसबंदी से डर ... 1 2 Y. CAN NOT WORK AFTER STERILIZATION/ नसबंदी के बाद काम नहीं कर सकते 1 2 Z. OTHER/अन्य 1 2 (SPECIFY/स्पष्ट करें) AA. DON'T KNOW/मालूम नहीं..... 1 2	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES			SKIP TO
Q437	<p>CHECK Q401B, Q404 AND Q406/Q406A</p> <p>EVER USED BUT CURRENTLY NOT USING OR PREGNANT</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ Q438 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ Q440 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ SEC V </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ Q440 </div> </div>	EVER USED AND CURRENTLY USING (OTHER THAN STERILIZATION)	WOMAN / MAN STERILIZED	NEVER USED	
Q438	<p>आप/आपके पति द्वारा उपयोग की गई अंतिम विधि कौन-सी थी ?</p> <p>What was the last method you/your husband used?</p>	<p>IUD/ आई. यू. डी1</p> <p>ORAL PILLS/ गर्भनिरोधक गोलीयां.....2</p> <p>CONDOM/NIRODH/ निरोध / कंडोम.....3</p> <p>RHYTHM/PERIODIC ABSTINENCE / सुरक्षित काल पद्धती/ निर्धारित समय के लिए दूरी.....4</p> <p>WITHDRAWAL/ अधपतन.....5</p> <p>OTHER MODERN METHOD/अन्य आधुनिक तरीके6 (SPECIFY/ स्पष्ट करें)</p> <p>OTHER TRADITIONAL METHOD/अन्य पारंपरिक तरीके7 (SPECIFY/ स्पष्ट करें)</p>			
Q439	<p>उस विधि को छोड़ने का मुख्य कारण क्या था?</p> <p>What was the main reason for discontinuing the use of that method?</p>	<p>FERTILITY -RELATED REASON</p> <p>WANTED CHILD/बच्चा चाहिए.....01</p> <p>METHOD FAILED/BECAME PREGNANT / साधन असफल हो जाना.....02</p> <p>SIDE EFFECT- RELATED REASON</p> <p>BREAST TENDERNESS/ स्तन में खींचाव03</p> <p>IRREGULAR PERIODS/ अनियमित मासिक धर्म04</p> <p>EXCESSIVE BLEEDING/ अत्याधिक रक्त स्राव05</p> <p>SPOTTING/ खून का धब्बा06</p> <p>WHITE DISCHARGE/सफेद पानी.....07</p> <p>WEAKNESS/INABILITY TO WORK /कमजोरी /काम करने में कठनाई08</p> <p>BODY ACHE/BACKACHE/ शरीर दर्द / पीठ दर्द.....09</p> <p>CRAMPS/ शरीर में खींचाव.....10</p> <p>WEIGHT GAIN/ वजन बढ़ना.....11</p> <p>DIZZINESS/ चक्कर आना.....12</p> <p>NAUSEA/VOMITING/ उल्टी आना13</p> <p>OTHER REASONS</p> <p>SUPPLY NOT AVAILABLE/ साधन का आपूर्ति न होना.....14</p> <p>DIFFICULT TO GET METHOD/ साधन मिलने में कठनाई.....15</p> <p>LACK OF PLEASURE/ संभोग संतुष्टि में कमी16</p> <p>METHOD WAS INCONVENIENT/ साधन मिलने में कठनाई.....17</p> <p>COST TOO MUCH/ ज्यादा खर्चा18</p> <p>FAMILY/HUSBAND OPPOSED/ परिवार /पति का विरोध.....19</p> <p>NOT HAVING SEX/ संभोग न करना.....20</p> <p>INFREQUENT SEX/ कभी-कभी संबंध बनाना.....21</p> <p>HUSBAND AWAY/ पति बाहर रहते हैं22</p> <p>OTHER/ अन्य96 (SPECIFY/ स्पष्ट करें)</p>			

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q440	<p>CHECK Q404: PREGNANCY STATUS</p> <p>NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 100px;">↓</p> <p style="margin-left: 200px;">PREGNANT <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 300px;">→</p>		SEC V
Q441	<p>CHECK Q405 AND Q406: USING A CONTRACEPTIVE METHOD</p> <p>CURRENTLY NOT USING <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 100px;">→ Q443</p> <p style="margin-left: 200px;">RHYTHM METHOD WITHDRAWAL <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 200px;">↓</p> <p style="margin-left: 200px;">Q442</p> <p style="margin-left: 300px;">ALL OTHER METHODS <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 300px;">→</p>		SEC V
Q442	<p>इस समय परिवार नियोजन की किसी आधुनिक विधि का उपयोग नहीं करने का कौन-कौन से मुख्य कारण है ?</p> <p>What is the main reason for currently not using any modern method of family planning?</p>	<p>FERTILITY-RELATED REASON</p> <p>NOT HAVING SEX..... 01</p> <p>INFREQUENT SEX..... 02</p> <p>HUSBAND AWAY..... 03</p> <p>MENOPAUSE..... 04</p> <p>HYSTERECTOMY..... 05</p> <p>SUBFECUND / INFECUND..... 06</p> <p>POSTPARTUM AMENORRHOEIC..... 07</p> <p>BREASTFEEDING..... 08</p> <p>UP TO GOD..... 09</p> <p>OPPOSITION TO USE</p> <p>RESPONDENT OPPOSED..... 10</p> <p>HUSBAND OPPOSED..... 11</p> <p>OTHERS OPPOSED..... 12</p> <p>RELIGIOUS PROHIBITION..... 13</p> <p>LACK OF KNOWLEDGE</p> <p>KNOWS NO METHOD..... 14</p> <p>KNOWS NO SOURCE..... 15</p> <p>METHOD-RELATED REASON</p> <p>HEALTH CONCERNS..... 16</p> <p>FEAR OF SIDE EFFECTS..... 17</p> <p>LACK OF ACCESS/TOO FAR..... 18</p> <p>COSTS TOO MUCH..... 19</p> <p>DIFFICULT/INCONVENIENT TO GET METHOD..... 20</p> <p>INCONVENIENT TO USE..... 21</p> <p>INTERFERES WITH BODY'S NORMAL PROCESSES..... 22</p> <p>DO NOT LIKE EXISTING METHODS.... 23</p> <p>AFRAID OF STERILIZATION..... 24</p> <p>CAN NOT WORK AFTER STERILIZATION..... 25</p> <p>OTHER _____ (SPECIFY) 96</p> <p>DON'T KNOW..... 98</p>	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																					
Q443	<p>CURRENTLY NOT USING</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>क्या किसी ने आपको /आपके पति को परिवार नियोजन की किसी विधि को अपनाने की सलाह दी थी?</p> <p>Did anyone advise you/your husband to adopt any family planning method?</p>	<p>RHYTHM METHOD AND WITHDRAWAL</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>क्या किसी ने आपको /आपके पति को परिवार नियोजन की किसी आधुनिक विधि को अपनाने की सलाह दी थी ?</p> <p>Did anyone advise you/your husband to adopt any modern family planning method?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. DOCTOR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B. ANM</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C. HEALTH WORKER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D. ANGANWADI WORKER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E. ASHA</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F. NGO/CBO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G. HUSBAND/WIFE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>H. MOTHER-IN-LAW.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>I. MOTHER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>J. RELATIVE/FRIENDS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>K. OTHER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p>		YES	NO	A. DOCTOR.....	1	2	B. ANM	1	2	C. HEALTH WORKER	1	2	D. ANGANWADI WORKER	1	2	E. ASHA	1	2	F. NGO/CBO.....	1	2	G. HUSBAND/WIFE.....	1	2	H. MOTHER-IN-LAW.....	1	2	I. MOTHER.....	1	2	J. RELATIVE/FRIENDS.....	1	2	K. OTHER.....	1	2	<p>IF 'NO' FOR ALL</p> <p>GO TO Q445</p>
	YES	NO																																						
A. DOCTOR.....	1	2																																						
B. ANM	1	2																																						
C. HEALTH WORKER	1	2																																						
D. ANGANWADI WORKER	1	2																																						
E. ASHA	1	2																																						
F. NGO/CBO.....	1	2																																						
G. HUSBAND/WIFE.....	1	2																																						
H. MOTHER-IN-LAW.....	1	2																																						
I. MOTHER.....	1	2																																						
J. RELATIVE/FRIENDS.....	1	2																																						
K. OTHER.....	1	2																																						
Q444	<p>आपको उन्होंने कौन-सी विधि अपनाने की सलाह दी थी?</p> <p>What method did she/he advise you to use?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED.)</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. FEMALE STERILISATION.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B. MALE STERILISATION.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C. IUD.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D. DAILY PILLS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E. WEEKLY PILLS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F. INJECTABLES.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G. CONDOM/NIRODH.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>H. FEMALE CONDOM.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>I. RHYTHM/PERIODIC ABSTINENCE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>J. WITHDRAWAL.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>K. OTHER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p>		YES	NO	A. FEMALE STERILISATION.....	1	2	B. MALE STERILISATION.....	1	2	C. IUD.....	1	2	D. DAILY PILLS.....	1	2	E. WEEKLY PILLS.....	1	2	F. INJECTABLES.....	1	2	G. CONDOM/NIRODH.....	1	2	H. FEMALE CONDOM.....	1	2	I. RHYTHM/PERIODIC ABSTINENCE.....	1	2	J. WITHDRAWAL.....	1	2	K. OTHER.....	1	2		
	YES	NO																																						
A. FEMALE STERILISATION.....	1	2																																						
B. MALE STERILISATION.....	1	2																																						
C. IUD.....	1	2																																						
D. DAILY PILLS.....	1	2																																						
E. WEEKLY PILLS.....	1	2																																						
F. INJECTABLES.....	1	2																																						
G. CONDOM/NIRODH.....	1	2																																						
H. FEMALE CONDOM.....	1	2																																						
I. RHYTHM/PERIODIC ABSTINENCE.....	1	2																																						
J. WITHDRAWAL.....	1	2																																						
K. OTHER.....	1	2																																						
Q445	<p>CURRENTLY NOT USING</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>क्या भविष्य में आप कभी भी परिवार नियोजन की किसी विधि को अपनाने को इच्छुक हैं ?</p> <p>Do you intend to use any method of family planning at any time in the future?</p>	<p>RHYTHM METHOD AND WITHDRAWAL</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>क्या भविष्य में आप कभी भी परिवार नियोजन की किसी आधुनिक विधि को अपनाने को इच्छुक हैं ?</p> <p>Do you intend to use any modern method of family planning at any time in the future?</p>	<table border="0"> <tbody> <tr><td>YES/हाँ</td><td>1</td></tr> <tr><td>NO/नहीं.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>NOT YET DECIDED/अभी निश्चय नहीं किया</td><td>3</td></tr> <tr><td>IN MENOPAUSE/ माहवारी बंद हो जाना.....</td><td>4</td></tr> <tr><td>HYSTERECTOMY/ बच्चेदानी का ऑपरेशन</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">} → SEC V</p>	YES/हाँ	1	NO/नहीं.....	2	NOT YET DECIDED/अभी निश्चय नहीं किया	3	IN MENOPAUSE/ माहवारी बंद हो जाना.....	4	HYSTERECTOMY/ बच्चेदानी का ऑपरेशन	5																											
YES/हाँ	1																																							
NO/नहीं.....	2																																							
NOT YET DECIDED/अभी निश्चय नहीं किया	3																																							
IN MENOPAUSE/ माहवारी बंद हो जाना.....	4																																							
HYSTERECTOMY/ बच्चेदानी का ऑपरेशन	5																																							

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q446	<p>आप परिवार नियोजन विधि का इस्तेमाल कब से करना चाहेंगी / चाहेंगे ?</p> <p>When you want to use any family planning method?</p> <p>आपआधुनिक परिवार नियोजन विधि का इस्तेमाल कब से करना चाहेंगी / चाहेंगे ?</p> <p>When you want to use any modern family planning method?</p>	<p>WITHIN ONE YEAR/ एक साल के अन्दर 1</p> <p>ONE TO TWO YEARS/ एक-दो साल में 2</p> <p>MORE THAN TWO YEARS/ दो साल से ज्यादा 3</p> <p>UNDECIDED/तय नहीं.....4</p>	
Q447	<p>आप कौनसी विधि अपनाना पसंद करेंगी / करेंगे?</p> <p>Which method would you prefer to use?</p> <p>(CIRCLE ONLY THE MOST PREFERRED METHOD)</p>	<p>FEMALE STERILIZATION 01</p> <p>MALE STERILIZATION 02</p> <p>IUD/COPPER-T 03</p> <p>PILLS 04</p> <p>INJECTABLES 05</p> <p>CONDOM/NIRODH 06</p> <p>FEMALE CONDOM 07</p> <p>RHYTHM/PERIODIC ABSTINENCE 08</p> <p>WITHDRAWAL..... 09</p> <p>UNDECIDED/तय नहीं10</p> <p>OTHER 96</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p>	

भाग-V
प्रजनन स्वास्थ्य
SECTION- V

REPRODUCTIVE HEALTH

A. MENSTRUATION RELATED PROBLEMS

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																											
Q501	<p>आपका पिछला मासिक धर्म कब शुरू हुआ?</p> <p>When did your last menstrual period start?</p> <p>_____</p> <p>(DATE, IF GIVEN)</p>	<p>DAYS AGO/दिनों पहले <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>WEEKS AGO/हफ्ते पहले <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MONTHS AGO/महीनो पहले <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD NO. OF DAYS; IF LESS THAN ONE MONTH RECORD NO. OF WEEKS; IF LESS THAN ONE YEAR, RECORD NO. OF MONTHS;</p> <p>PREGNANT/गर्भवती993 } → Q505</p> <p>IN AMENORRHOEA/प्रसव के बाद मासिक धर्म बंद 994 } → Q506</p> <p>IN MENOPAUSE/मासिक धर्म बंद हो गया..... 995 } → Q506</p> <p>HYSTERECTOMY/बच्चा दानी निकाल दिया.....996 } → Q506</p> <p>NEVER MENSTRUATED/कभी मासिक धर्म नहीं हुआ 997</p>	1			2			3			2			3															
1																														
2																														
3																														
2																														
3																														
Q502	<p>पिछले तीन महीने में क्या आपको मासिक-धर्म से संबंधित कोई समस्या हुई थी ?</p> <p>During the last three months did you have any menstruation related problems?</p>	<p>YES/हाँ..... 1</p> <p>NO/नहीं..... 2 → Q505</p>																												
Q503	<p>आपको कौन-कौन सी समस्याएं हैं /थीं ?</p> <p>What are the problems you have/had?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">YES</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. NO PERIODS/माहवारी का न आना.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. PAINFUL PERIODS/दर्द के साथ माहवारी.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. FREQUENT OR SHORT PERIODS थोड़े समय के अन्तराल पर माहवारी आना.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. IRREGULAR PERIODS/असामान्य माहवारी</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. PROLONGED BLEEDING /लम्बे समय तक रक्त स्राव.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. SCANTY BLEEDING/अल्प रक्त स्राव</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. INTER-MENSTRUAL BLEEDING /दो माहवारी के बीच रक्त स्राव</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. BLOOD CLOTS/EXCESSIVE BLEEDING /रक्त के थक्के/अत्याधिक रक्त स्राव.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. NO PERIODS/माहवारी का न आना.....	1	2	B. PAINFUL PERIODS/दर्द के साथ माहवारी.....	1	2	C. FREQUENT OR SHORT PERIODS थोड़े समय के अन्तराल पर माहवारी आना.....	1	2	D. IRREGULAR PERIODS/असामान्य माहवारी	1	2	E. PROLONGED BLEEDING /लम्बे समय तक रक्त स्राव.....	1	2	F. SCANTY BLEEDING/अल्प रक्त स्राव	1	2	G. INTER-MENSTRUAL BLEEDING /दो माहवारी के बीच रक्त स्राव	1	2	H. BLOOD CLOTS/EXCESSIVE BLEEDING /रक्त के थक्के/अत्याधिक रक्त स्राव.....	1	2	
	YES	NO																												
A. NO PERIODS/माहवारी का न आना.....	1	2																												
B. PAINFUL PERIODS/दर्द के साथ माहवारी.....	1	2																												
C. FREQUENT OR SHORT PERIODS थोड़े समय के अन्तराल पर माहवारी आना.....	1	2																												
D. IRREGULAR PERIODS/असामान्य माहवारी	1	2																												
E. PROLONGED BLEEDING /लम्बे समय तक रक्त स्राव.....	1	2																												
F. SCANTY BLEEDING/अल्प रक्त स्राव	1	2																												
G. INTER-MENSTRUAL BLEEDING /दो माहवारी के बीच रक्त स्राव	1	2																												
H. BLOOD CLOTS/EXCESSIVE BLEEDING /रक्त के थक्के/अत्याधिक रक्त स्राव.....	1	2																												
Q504	<p>आपको यह समस्या कब से है/थीं ?</p> <p>Since how long do/did you have these problems?</p>	<p>MONTHS/महीनो..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>(LESS THAN 1 MONTH RECORD "00")</p> <p>8 AND MORE YEARS/ 8 वर्ष से अधिक..... 96</p> <p>DO NOT REMEMBER/ याद नहीं 98</p>																												
Q505	<p>माहवारी के समय औरतें खून के धब्बे न दिखाई दे जिससे बचाव के लिए विभिन्न पध्दतियों का प्रयोग करती हैं। आप इसके लिए क्या इस्तेमाल करती हैं?</p> <p>Women use different methods of protection during menstrual period to prevent bloodstains from becoming evident. What do you use for this?</p> <p>जाँच करें : अन्य कुछ?</p> <p>PROBE: Anything else?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">YES</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. USE CLOTH/ कपड़े का उपयोग.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. LOCALLY PREPARED NAPKINS / स्थानीय विधि से बनाये गये नेपकिन.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. USE SANITARY NAPKINS / आरोग्य कारक नेपकिन</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. USE NOTHING/ कुछ नहीं प्रयोग करते</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. OTHER /अन्य _____</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(SPECIFY/स्पष्ट करें)</p>		YES	NO	A. USE CLOTH/ कपड़े का उपयोग.....	1	2	B. LOCALLY PREPARED NAPKINS / स्थानीय विधि से बनाये गये नेपकिन.....	1	2	C. USE SANITARY NAPKINS / आरोग्य कारक नेपकिन	1	2	D. USE NOTHING/ कुछ नहीं प्रयोग करते	1	2	E. OTHER /अन्य _____	1	2										
	YES	NO																												
A. USE CLOTH/ कपड़े का उपयोग.....	1	2																												
B. LOCALLY PREPARED NAPKINS / स्थानीय विधि से बनाये गये नेपकिन.....	1	2																												
C. USE SANITARY NAPKINS / आरोग्य कारक नेपकिन	1	2																												
D. USE NOTHING/ कुछ नहीं प्रयोग करते	1	2																												
E. OTHER /अन्य _____	1	2																												

B. INFERTILITY			
Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q506	CHECK Q105 CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/> SEPARATED/ DESERTED <input type="checkbox"/> DIVORCED/ WIDOWED <input type="checkbox"/>	MARRIED BUT GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/>	Q514
Q507	प्रत्येक जगह कुछ ऐसे दम्पति हैं जिन्हें बच्चा चाहिए लेकिन कुछ महिलाएँ गर्भवती नहीं हो पाती हैं . क्या गर्भवती होने में आपको ऐसी किसी समस्या का सामना करना पड़ा ? In every place there are couples who want children but some women do not get pregnant. Did you face any such problem in getting pregnant?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2	Q514
Q508	आपको गर्भाधारण की यह समस्या कब से हुई थी? Did you have any problem in conceiving? A. प्रथम गर्भाधारण के समय? for the first conception? B. प्रसव (जीवित/मृत जन्म) के बाद? after a live birth or still birth? C. प्रेरित गर्भपात के बाद ? after an induced abortion? D. स्वतः गर्भपात के बाद ? after a spontaneous abortion? E. पेट के निचले हिस्से में ऑपरेशन के बाद ? after pelvic surgery? F. किसी अन्य घटना के बाद? after some other incidence/health problem?	A. FIRST CONCEPTIONYES 1 NO 2 B. LIVE BIRTH / STILL BIRTH YES 1 NO 2 C. INDUCED ABORTION.....YES 1 NO 2 D. SPONTANEOUS ABORTION.....YES 1 NO 2 E. PELVIC SURGERYYES 1 NO 2 F. OTHER YES 1 (SPECIFY) NO 2	Q509 Q510 Q510 Q510 Q510 Q510
Q509	विवाह के कितने वर्षों के बाद आपने गर्भाधारण की समस्या को महसूस किया? After how many years of effective marriage did you realize that there is problem in conceiving?	YEARS / वर्षों..... <input type="text"/> <input type="text"/> (LESS THAN 1 YEAR RECORD "00")	
Q510	क्या आप या आपके पति ने इस समस्या के लिए किसी से सलाह ली या इलाज करवाया ? Have you or your husband consult anyone for advice or treatment for this problem?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2	Q514

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																					
Q511	<p>यदि हां, तो आप और /या आपके पति ने किस प्रकार का इलाज करवाया ?</p> <p>If yes, what type of treatments you and / or your husband had taken?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">YES</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. GOVT. ALLOPATHIC/ सरकारी ऐलोपैथी.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. PRIVATE ALLOPATHIC/ निजी ऐलोपैथी ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. AYUSH/आयुष</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. HERBALIST/ TRADITIONAL HEALER /जड़ी-बुटी/पारंपरिक वैद्य</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. RELIGIOUS/FAITH HEALING/ धार्मिक/ तांत्रिक</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. OTHER/अन्य</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(SPECIFY/स्पष्ट करें)</p>		YES	NO	A. GOVT. ALLOPATHIC/ सरकारी ऐलोपैथी.....	1	2	B. PRIVATE ALLOPATHIC/ निजी ऐलोपैथी ...	1	2	C. AYUSH/आयुष	1	2	D. HERBALIST/ TRADITIONAL HEALER /जड़ी-बुटी/पारंपरिक वैद्य	1	2	E. RELIGIOUS/FAITH HEALING/ धार्मिक/ तांत्रिक	1	2	F. OTHER/अन्य	1	2	
	YES	NO																						
A. GOVT. ALLOPATHIC/ सरकारी ऐलोपैथी.....	1	2																						
B. PRIVATE ALLOPATHIC/ निजी ऐलोपैथी ...	1	2																						
C. AYUSH/आयुष	1	2																						
D. HERBALIST/ TRADITIONAL HEALER /जड़ी-बुटी/पारंपरिक वैद्य	1	2																						
E. RELIGIOUS/FAITH HEALING/ धार्मिक/ तांत्रिक	1	2																						
F. OTHER/अन्य	1	2																						
Q512	<p>इलाज का परिणाम क्या था ?</p> <p>What was the result of the treatment?</p>	<p>CONCEIVED.....1</p> <p>NOT CONCEIVED.....2</p> <p>STILL UNDER TREATMENT.....3</p> <p>DISCONTINUED THE TREATMENT.....4</p>																						
Q513	<p>क्या आपको इस व्यक्ति (स्वास्थ्य कार्यकर्ता) ने यह बताया था कि यह गर्भधारण की समस्या केवल आपके या आपके पति या दोनों के कारण हुई थी?</p> <p>Did this person (health provider) tell about the problem of conceiving is due to your problem only or your husband's problem only or both of you have problems?</p>	<p>ONLY WIFE HAS PROBLEM/ केवल पत्नी की समस्या 1</p> <p>ONLY HUSBAND HAS PROBLEM/ केवल पति की समस्या 2</p> <p>BOTH/ दोनों 3</p> <p>NONE/ कोई नहीं 4</p> <p>DON'T KNOW/ मालुम नहीं 8</p>																						

C. OBSTETRIC FISTULA			
Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q514	<p>कभी-कभी महिलाओं को ऐसी समस्या हो सकती है कि वे दिन और रात में अपनी योनि से पेशाब या मल के निरंतर स्राव का अनुभव करती हैं। यह समस्या सामान्य रूप से कठिन शिशुजन्म के बाद में होती है परन्तु यह समस्या लैंगिक उत्पीड़न या पेट के निचले हिस्से में ऑपरेशन के बाद भी हो सकती है। क्या आपने कभी दिन और रात में अपनी योनि से पेशाब या मल के निरंतर स्राव का अनुभव किया है ?</p> <p>Sometimes a woman can have a problem such that she experiences a constant leakage of urine or stool from vagina during the day and night. This problem usually occurs after a difficult childbirth, but may also occur after a sexual assault or after a pelvic surgery.</p> <p>Have you ever experienced a constant leakage of urine or stool from your vagina during the day and night i.e. continually wet?</p>	<p>YES/हाँ..... 1</p> <p>NO/नहीं..... 2 → Q519</p>	
Q515	<p>क्या यह समस्याएं हुईं</p> <p>Did this problem occur:</p> <p>1. यह समस्या प्रसव के बाद ? after a delivery?</p> <p>2. पेट के निचले हिस्से में ऑपरेशन के बाद ? after pelvic surgery?</p> <p>3. लैंगिक उत्पीड़न के बाद ? after a sexual assault?</p> <p>4. किसी अन्य घटना के बाद ? after some other event?</p>	<p>1. DELIVERY..... YES 1 → Q516 NO 2</p> <p>2. PELVIC SURGERY YES 1 → Q518 NO 2</p> <p>3. SEXUAL ASSAULT YES 1 → Q518 NO 2</p> <p>4. OTHER..... YES 1 → Q518 (SPECIFY) NO 2</p>	
Q516	<p>क्या यह समस्या सामान्य प्रसव, कठिन प्रसव के बाद हुई ?</p> <p>Did this problem occur after a normal delivery or after a difficult delivery?</p>	<p>AFTER NORMAL DELIVERY / सामान्य प्रसव के बाद1</p> <p>AFTER DIFFICULT (OBSTRUCTED) DELIVERY कठिन प्रसव के बाद.....2</p>	
Q517	<p>किस प्रसव के बाद यह समस्या हुई थी ?</p> <p>After which delivery did this occur?</p>	<p>DELIVERY NUMBER</p> <p>प्रसव संख्या..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
Q518	<p>कितने दिनों के बाद (प्रसव/ पेट के निचले हिस्से में ऑपरेशन/लैंगिक अत्याचार/ किसी अन्य घटना) स्राव शुरू हुआ था ?</p> <p>How many days after (delivery/pelvic surgery/sexual assault/ other event) did the leakage start?</p>	<p>NUMBER OF DAYS AFTER PRECIPITATING EVENT</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ENTER 00 IF LESS THAN 1 DAY ENTER 99 IF MORE THAN 99 DAYS)</p>	

D. REPRODUCTIVE TRACT INFECTION (RTI) /SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION (STI)																																																												
Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																																									
Q519	क्या आपने कभी भी जननमार्ग की बीमारियों (आरटीआइ)/ संभोग से फैलनेवाली बीमारियों (एसटीआइ) के बारे में सुना है? Have you ever heard of an illness called Reproductive Tract Infection (RTI)/ Sexually Transmitted Infection (STI)?	YES/हाँ..... 1 NO/नहीं..... 2	→ Q522																																																									
Q520	सूचना के किन स्रोतों या व्यक्तियों से आपने जननमार्ग, यौन संबंधित बीमारियों (आरटीआइ) संभोग से फैलने वाली बीमारियों (एसटीआइ) के बारे में सुना है या पढ़ा है ? From which sources of information have you heard/read about RTI/STI? अन्य कोई स्रोत? Any other source? (RECORD ALL MENTIONED)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. RADIO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B. TELEVISION.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C. CINEMA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D. NEWS PAPERS/BOOKS/ MAGAZINES.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E. SLOGANS/PAMPHLETS/ POSTERS/ WALL HOARDINGS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F. DOCTOR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G. HEALTH WORKERS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>H. ASHA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>I. ADULT EDUC. PROGRAMME.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>J. RELIGIOUS LEADERS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>K. POLITICAL LEADERS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>L. SCHOOL/ TEACHERS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>M. HUSBAND.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>N. COMMUNITY MEETINGS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>O. RELATIVES/FRIENDS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>P. WORK PLACE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Q. EXHIBITION/ MELA.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>R. OTHER.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p align="center">(SPECIFY)</p>		YES	NO	A. RADIO.....	1	2	B. TELEVISION.....	1	2	C. CINEMA.....	1	2	D. NEWS PAPERS/BOOKS/ MAGAZINES.....	1	2	E. SLOGANS/PAMPHLETS/ POSTERS/ WALL HOARDINGS.....	1	2	F. DOCTOR.....	1	2	G. HEALTH WORKERS.....	1	2	H. ASHA.....	1	2	I. ADULT EDUC. PROGRAMME.....	1	2	J. RELIGIOUS LEADERS.....	1	2	K. POLITICAL LEADERS.....	1	2	L. SCHOOL/ TEACHERS.....	1	2	M. HUSBAND.....	1	2	N. COMMUNITY MEETINGS.....	1	2	O. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2	P. WORK PLACE.....	1	2	Q. EXHIBITION/ MELA.....	1	2	R. OTHER.....	1	2	
	YES	NO																																																										
A. RADIO.....	1	2																																																										
B. TELEVISION.....	1	2																																																										
C. CINEMA.....	1	2																																																										
D. NEWS PAPERS/BOOKS/ MAGAZINES.....	1	2																																																										
E. SLOGANS/PAMPHLETS/ POSTERS/ WALL HOARDINGS.....	1	2																																																										
F. DOCTOR.....	1	2																																																										
G. HEALTH WORKERS.....	1	2																																																										
H. ASHA.....	1	2																																																										
I. ADULT EDUC. PROGRAMME.....	1	2																																																										
J. RELIGIOUS LEADERS.....	1	2																																																										
K. POLITICAL LEADERS.....	1	2																																																										
L. SCHOOL/ TEACHERS.....	1	2																																																										
M. HUSBAND.....	1	2																																																										
N. COMMUNITY MEETINGS.....	1	2																																																										
O. RELATIVES/FRIENDS.....	1	2																																																										
P. WORK PLACE.....	1	2																																																										
Q. EXHIBITION/ MELA.....	1	2																																																										
R. OTHER.....	1	2																																																										
Q521	इन बीमारियों (आरटीआइ/एसटीआइ) का फैलाव कैसे होता है ? How is RTI/STI transmitted? (RECORD ALL MENTIONED)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. UNSAFE DELIVERY/ असुरक्षित प्रसव</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B. UNSAFE ABORTION / असुरक्षित गर्भपात</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C. UNSAFE IUD INSERTION / असुरक्षित तरीके से आई.यू.डी.लगावना.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D. UNSAFE SEX WITH HOMOSEXUALS/ असुरक्षित समलैंगिक संभोग</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E. UNSAFE SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS / एक से अधिक साथी के साथ असुरक्षित संभोग करना ...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F. UNSAFE SEX WITH SEX WORKERS/ वेश्या के साथ असुरक्षित संभोग ...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G. OTHER/ अन्य.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p align="center">(SPECIFY/ स्पष्ट करें)</p> <table border="0"> <tbody> <tr><td>H. DO NOT KNOW/ मालुम नहीं</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. UNSAFE DELIVERY/ असुरक्षित प्रसव	1	2	B. UNSAFE ABORTION / असुरक्षित गर्भपात	1	2	C. UNSAFE IUD INSERTION / असुरक्षित तरीके से आई.यू.डी.लगावना.....	1	2	D. UNSAFE SEX WITH HOMOSEXUALS/ असुरक्षित समलैंगिक संभोग	1	2	E. UNSAFE SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS / एक से अधिक साथी के साथ असुरक्षित संभोग करना ...	1	2	F. UNSAFE SEX WITH SEX WORKERS/ वेश्या के साथ असुरक्षित संभोग ...	1	2	G. OTHER/ अन्य.....	1	2	H. DO NOT KNOW/ मालुम नहीं	1	2																															
	YES	NO																																																										
A. UNSAFE DELIVERY/ असुरक्षित प्रसव	1	2																																																										
B. UNSAFE ABORTION / असुरक्षित गर्भपात	1	2																																																										
C. UNSAFE IUD INSERTION / असुरक्षित तरीके से आई.यू.डी.लगावना.....	1	2																																																										
D. UNSAFE SEX WITH HOMOSEXUALS/ असुरक्षित समलैंगिक संभोग	1	2																																																										
E. UNSAFE SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS / एक से अधिक साथी के साथ असुरक्षित संभोग करना ...	1	2																																																										
F. UNSAFE SEX WITH SEX WORKERS/ वेश्या के साथ असुरक्षित संभोग ...	1	2																																																										
G. OTHER/ अन्य.....	1	2																																																										
H. DO NOT KNOW/ मालुम नहीं	1	2																																																										
Q522	पिछले तीन महीनों के दौरान क्या आपको कोई अस्वाभाविक योनि स्राव हुआ ? During the last three months did you have any abnormal vaginal discharge?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं..... 2	→ Q528																																																									
Q523	क्या आपके जांघिया या अंदर का कपड़ा स्राव से भीग जाता है /था या दाग लग जाता है/था ? Does/did it wet or stain your under clothes?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2																																																										
Q524	उस स्राव का रंग क्या है / था ? What is/was the colour of that discharge?	COLOURLESS/रंगहीन1 WHITE/ सफेद2 GREEN/ हरा3 YELLOWISH/ पीलापन 4 BLOOD STAINED/खून के निशान..... 5 DON'T KNOW/मालुम नहीं8																																																										

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q525	<p>स्राव का प्रकार कैसा है / था ?</p> <p>What is/was the texture of that discharge?</p>	STICKY MUCOID/चिप-चिपा..... 1 FROTHY/झागदार..... 2 CURDISH/ दही जैसा..... 3 PUS LIKE (PURULENT) /पस जैसा..... 4 DON'T KNOW.....8	
Q526	<p>स्राव की गंध कैसी है / थी ?</p> <p>What is/was the odour of that discharge?</p>	FOUL/ गंध 1 NONE/कुछ नहीं 2	
Q527	<p>आपको यह समस्या कबसे है ?</p> <p>How long have you been having this problem?</p>	WEEKS/ हफ्ता..... <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> MONTHS / महीने..... <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> YEARS/वर्षों..... <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> DO NOT REMEMBER/ याद नहीं998 (LESS THAN 1 MONTHS RECORD WEEKS IF LESS THAN 1 YEAR RECORD MONTHS, IF 2 OR MORE YEARS RECORD YEARS)	
Q528	<p>पिछले तीन महीनों के दौरान आपको निम्नलिखित समस्याएं हुईं /हुई थीं ?</p> <p>During the last three months did you have any of the following problems?</p> <p>A. योनि के आस - पास खुजली /Itching or irritation over vulva...</p> <p>B. योनि के आस-पास फोड़ा, पुंसी /Boils/ulcers/warts around vulva</p> <p>C. पेट के नीचले हिस्से में दर्द जो महावारी से संबंधित न हो/ Pain in lower abdomen not related to menses</p> <p>D. पेशाब/मलहरण के समय दर्द /Pain during urination or defecation</p> <p>E. उरुसंधि (काछ) में सूजन /Swelling in the groin</p> <p>F. योनि के आस-पास दर्दनाक छाला/फफोला पड़ना/Painful blister like lesions in and around vagina</p> <p>G. कमर के नीचले हिस्से में दर्द /Low backache</p> <p>(ASK ONLY TO CURRENTLY MARRIED WOMEN)</p> <p>H. संभोग के दौरान दर्द /Pain during sexual intercourse</p> <p>I. संभोग के बाद थोड़ा खून आना/Spotting after sexual intercourse</p>	<p style="text-align: right;">YES NO</p> <p>A. ITCHING OR IRRITATION OVER VULVA.... 1 2</p> <p>B. BOILS/ULCERS/WARTS AROUND VULVA... 1 2</p> <p>C. PAIN IN LOWER ABDOMEN NOT RELATED TO MENSES..... 1 2</p> <p>D. PAIN DURING URINATION OR DEFECATION..... 1 2</p> <p>E. SWELLING IN THE GROIN.....1 2</p> <p>F. PAINFUL BLISTER LIKE LESIONS IN AND AROUND VAGINA.....1 2</p> <p>G. LOW BACKACHE..... 1 2</p> <p>H. PAIN DURING SEXUAL INTERCOURSE.....1 2</p> <p>I. SPOTTING AFTER SEXUAL INTERCOURSE.....1 2</p>	<p>IF "NO" FOR ALL IN Q 528 & "NO" FOR Q522 GO TO Q533</p>
Q529	<p>आपको यह समस्या कबसे है /थीं?</p> <p>Since how long do/did you have these problems?</p>	WEEKS/ हफ्ता..... <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> MONTHS / महीने..... <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> YEARS/वर्षों..... <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> DO NOT REMEMBER/ याद नहीं998 (LESS THAN 1 MONTHS RECORD WEEKS IF LESS THAN 1 YEAR RECORD MONTHS, IF 2 OR MORE YEARS RECORD YEARS)	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q530	क्या आपने इस समस्या के बारे में पति से बातचीत की? Did you discuss about these problems with your husband/partner?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2	
Q531	इस समस्या के लिए क्या आपने किसीसे सलाह ली या इलाज करवाया ? Did you consult anybody or seek treatment for these problems?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं.....2	→ Q533
Q532	इस समस्या के लिए सलाह लेने या इलाज कराने के लिए आप कहां गयीं ? Where did you go for consultation or treatment for your problems? (RECORD ALL MENTIONED)	GOVERNMENT YES NO A. HOSPITAL 1 2 B. DISPENSARY..... 1 2 C. UHC/UHP/UFWC..... 1 2 D. CHC/ RURAL HOSPITAL..... 1 2 E. PHC..... 1 2 F. SUB CENTRE..... 1 2 G. VCTC/ICTC 1 2 H. RTI/STI CLINIC..... 1 2 I. AYUSH HOSPITAL/CLINIC 1 2 J. OTHER PUBLIC MEDICAL SECTOR.. 1 2 K. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC..... 1 2 PRIVATE L. HOSPITAL/ CLINIC..... 1 2 M. RTI/STI CLINIC..... 1 2 N. AYUSH HOSPITAL/CLINIC 1 2 O. OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR 1 2 P. OUT REACH/ MCP CAMP IN VILLAGE. 1 2 Q. CHEMIST/MEDICAL SHOP..... 1 2 R. HOME REMEDY..... 1 2 S. TRADITIONAL HEALER..... 1 2 T. OTHER..... 1 2 (SPECIFY)	
E. AWARENESS OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)/ ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS)			
Q533	क्या आपने एच आर वी/एड्स नामक बीमारी के बारे में सुना है ? Have you ever heard of Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)?	YES/हाँ.....1 NO/नहीं2	→ Q548A
Q534	सूचना के किन स्रोतों से या व्यक्तियों से आपने एचआरवी/एड्स के बारे में सुना है । From which sources of information have you heard/read about HIV/AIDS? अन्य कोई स्रोत ? Any other source? (RECORD ALL MENTIONED)	YES NO A. RADIO..... 1 2 B. TELEVISION..... 1 2 C. CINEMA..... 1 2 D. NEWS PAPERS/BOOKS/ MAGAZINES..... 1 2 E. SLOGANS/PAMPHLETS/ POSTERS/WALL HOARDINGS..... 1 2 F. DOCTOR..... 1 2 G. HEALTH WORKERS..... 1 2 H. ASHA..... 1 2 I. ADULT EDUC. PROGRAMME..... 1 2 J. RELIGIOUS LEADERS..... 1 2 K. POLITICAL LEADERS..... 1 2 L. SCHOOL/ TEACHERS..... 1 2 M. HUSBAND..... 1 2 N. COMMUNITY MEETINGS..... 1 2 O. RELATIVES/FRIENDS..... 1 2 P. WORK PLACE..... 1 2 Q. EXHIBITION/ MELA..... 1 2 R. OTHER..... 1 2 (SPECIFY)	

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q535	एचआ□वी/एड्स का फैलाव कैसे होता है ? How is HIV/AIDS transmitted? (RECORD ALL MENTIONED)	<p>A. UNSAFE SEX WITH HOMOSEXUALS/ समलैंगिक के साथ असुरक्षित संभोग 1 2</p> <p>B. UNSAFE SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS/ ऐसे व्यक्ति के साथ असुरक्षित संभोग जिनके अनेक लैंगिक साथी हों 1 2</p> <p>C. UNSAFE SEX WITH SEX WORKERS/ वेश्याओं के साथ असुरक्षित संभोग 1 2</p> <p>D. UNPROTECTED SEX WITH HIV/AIDS PERSON/ एच आइ वी /एड्स पीड़ित व्यक्ति के साथ असुरक्षित संभोग..... 1 2</p> <p>E. INFECTED MOTHER TO CHILD संक्रमित माँ से बच्चे में 1 2</p> <p>F. TRANSFUSION OF INFECTED BLOOD संक्रमित खून चढ़ाने से 1 2</p> <p>G. OTHER/अन्य _____ (SPECIFY/ स्पष्ट करें) 1 2</p> <p>H. DO NOT KNOW/ मालुम नहीं 1 2</p>	YES NO
Q536	क्या आप ऐसा सोचते हैं कि एचआ□वी /एड्स पीड़ित व्यक्तियों के साथ हाथ मिलाने से, हाथ मिलाने वाले को एचआ□वी /एड्स हो सकता है ? Do you think that one can get HIV /AIDS by SHAKING HAND with a person who has HIV /AIDS?	<p>YES/हाँ 1</p> <p>NO/नहीं 2</p> <p>DON'T KNOW/मालुम नहीं 8</p>	
Q537	क्या आप ऐसा सोचते हैं कि एचआ□वी /एड्स पीड़ित व्यक्तियों के साथ गले मिलने से गले मिलाने वाले व्यक्ति को एचआ□वी /एड्स हो सकता है ? Do you think that one can get HIV /AIDS by HUGGING with a person who has HIV /AIDS?	<p>YES/हाँ 1</p> <p>NO/नहीं 2</p> <p>DON'T KNOW/मालुम नहीं 8</p>	
Q538	क्या आप ऐसा सोचते हैं कि एचआ□वी /एड्स पीड़ित व्यक्तियों को चुंबन लेने से चुंबन लेने वाले व्यक्ति को एचआ□वी /एड्स हो सकता है ? Do you think that one can get HIV /AIDS by KISSING with a person who has HIV /AIDS?	<p>YES/हाँ 1</p> <p>NO/नहीं 2</p> <p>DON'T KNOW/मालुम नहीं 8</p>	
Q539	क्या आप ऐसा सोचते हैं कि एचआ□वी /एड्स पीड़ित रोगी के कपड़ों का उपयोग करने से व्यक्तियों को एचआ□वी /एड्स हो सकता है ? Do you think that one can get HIV /AIDS by SHARING CLOTHES with a person who has HIV /AIDS?	<p>YES/हाँ 1</p> <p>NO/नहीं 2</p> <p>DON'T KNOW/मालुम नहीं 8</p>	
Q540	क्या आप ऐसा सोचते हैं कि एच.आई वी /एड्स पीड़ित रोगी के साथ खाना खाने से एड्स हो सकता है ? Do you think that one can get HIV /AIDS by SHARING FOOD with a person who has HIV /AIDS?	<p>YES/हाँ 1</p> <p>NO/नहीं 2</p> <p>DON'T KNOW/मालुम नहीं 8</p>	
Q541	क्या आप ऐसा सोचते हैं कि एचआ□वी /एड्स पीड़ित रोगी के मल-मूत्र पर पैर रखने से व्यक्ति को एचआ□वी /एड्स हो सकता है ? Do you think that one can get HIV /AIDS by STEPPING ON URINE/STOOL OF SOMEONE who has HIV/AIDS?	<p>YES/हाँ 1</p> <p>NO/नहीं 2</p> <p>DON'T KNOW/मालुम नहीं 8</p>	



Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO																																																			
Q542	<p>क्या आप ऐसा सोचते हैं कि मच्छर, मकखी (पीसू), या खट मल के काटने से व्यक्तियों को एचआईवी/एड्स हो सकता है ?</p> <p>Do you think that one can get HIV/AIDS from Mosquito, Flea or Bedbug Bites?</p>	<p>YES/हाँ 1</p> <p>NO/नहीं 2</p> <p>DON'T KNOW/मालूम नहीं 8</p>																																																				
Q543	<p>क्या कोई ऐसा उपाय है जिससे व्यक्ति एचआईवी/एड्स होने की संभावना को टाल या कम कर सकता है ?</p> <p>Is there anything else a person can do to avoid or reduce the chances of getting HIV /AIDS?</p> <p>कोई अन्य ?</p> <p>Any other?</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. ABSTAIN FROM SEX/ संभोग से दूर रहना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. USING CONDOMS CORRECTLY DURING EACH SEXUAL INTERCOURSE/ प्रत्येक यौन संबंध के दौरान निरोध का इस्तेमाल</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. LIMIT SEX WITH ONE PARTNER/STAY FAITHFUL TO ONE PARTNER/ सिर्फ एक साथी के साथ सीमा से बंध कर संभोग करना/एक साथी के साथ ही विश्वास पूर्वक रहना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. LIMIT NUMBER OF SEXUAL PARTNERS/ संभोग करने वाले साथी सीमित होना .</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. AVOID SEX WITH SEX WORKERS / वेश्या के साथ संभोग से बचना/ दूर रहना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. AVOID SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS /एक से अधिक स्त्री/ पुरुष के साथ संबंध न रखना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. AVOID SEX WITH HOMOSEXUALS/ समलैंगिक के साथ संबंध न रखना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. AVOID SEX WITH PERSONS WHO INJECT DRUGS/ नशा करने वाले व्यक्तियों के साथ शारीरिक संबंध नहीं बनाना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. USE TESTED BLOOD/ सिर्फ जाँचा खून चढ़वाना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J. USE ONLY NEW/STERILIZED NEEDLES/नयी/जीवाणु मुक्त सूई का प्रयोग.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K. AVOID IV DRIP/नस के अन्दर जाने वाली सूई से बचना</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L. AVOID SHARING RAZORS/BLADES रेजर/ब्लेड का सामूहिक इस्तेमाल से बचना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>M. AVOID PREGNANCY WHEN HAVING HIV / AIDS/ एच.आई.वी. ग्रसित होने के समय गर्भवती न होना.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>N. OTHER /अन्य.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(SPECIFY/ स्पष्ट करें)</td> </tr> <tr> <td>O. DON'T KNOW / मालूम नहीं.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. ABSTAIN FROM SEX/ संभोग से दूर रहना.....	1	2	B. USING CONDOMS CORRECTLY DURING EACH SEXUAL INTERCOURSE/ प्रत्येक यौन संबंध के दौरान निरोध का इस्तेमाल	1	2	C. LIMIT SEX WITH ONE PARTNER/STAY FAITHFUL TO ONE PARTNER/ सिर्फ एक साथी के साथ सीमा से बंध कर संभोग करना/एक साथी के साथ ही विश्वास पूर्वक रहना.....	1	2	D. LIMIT NUMBER OF SEXUAL PARTNERS/ संभोग करने वाले साथी सीमित होना .	1	2	E. AVOID SEX WITH SEX WORKERS / वेश्या के साथ संभोग से बचना/ दूर रहना.....	1	2	F. AVOID SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS /एक से अधिक स्त्री/ पुरुष के साथ संबंध न रखना.....	1	2	G. AVOID SEX WITH HOMOSEXUALS/ समलैंगिक के साथ संबंध न रखना.....	1	2	H. AVOID SEX WITH PERSONS WHO INJECT DRUGS/ नशा करने वाले व्यक्तियों के साथ शारीरिक संबंध नहीं बनाना.....	1	2	I. USE TESTED BLOOD/ सिर्फ जाँचा खून चढ़वाना.....	1	2	J. USE ONLY NEW/STERILIZED NEEDLES/नयी/जीवाणु मुक्त सूई का प्रयोग.....	1	2	K. AVOID IV DRIP/नस के अन्दर जाने वाली सूई से बचना	1	2	L. AVOID SHARING RAZORS/BLADES रेजर/ब्लेड का सामूहिक इस्तेमाल से बचना.....	1	2	M. AVOID PREGNANCY WHEN HAVING HIV / AIDS/ एच.आई.वी. ग्रसित होने के समय गर्भवती न होना.....	1	2	N. OTHER /अन्य.....	1	2	(SPECIFY/ स्पष्ट करें)			O. DON'T KNOW / मालूम नहीं.....	1	2	
	YES	NO																																																				
A. ABSTAIN FROM SEX/ संभोग से दूर रहना.....	1	2																																																				
B. USING CONDOMS CORRECTLY DURING EACH SEXUAL INTERCOURSE/ प्रत्येक यौन संबंध के दौरान निरोध का इस्तेमाल	1	2																																																				
C. LIMIT SEX WITH ONE PARTNER/STAY FAITHFUL TO ONE PARTNER/ सिर्फ एक साथी के साथ सीमा से बंध कर संभोग करना/एक साथी के साथ ही विश्वास पूर्वक रहना.....	1	2																																																				
D. LIMIT NUMBER OF SEXUAL PARTNERS/ संभोग करने वाले साथी सीमित होना .	1	2																																																				
E. AVOID SEX WITH SEX WORKERS / वेश्या के साथ संभोग से बचना/ दूर रहना.....	1	2																																																				
F. AVOID SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS /एक से अधिक स्त्री/ पुरुष के साथ संबंध न रखना.....	1	2																																																				
G. AVOID SEX WITH HOMOSEXUALS/ समलैंगिक के साथ संबंध न रखना.....	1	2																																																				
H. AVOID SEX WITH PERSONS WHO INJECT DRUGS/ नशा करने वाले व्यक्तियों के साथ शारीरिक संबंध नहीं बनाना.....	1	2																																																				
I. USE TESTED BLOOD/ सिर्फ जाँचा खून चढ़वाना.....	1	2																																																				
J. USE ONLY NEW/STERILIZED NEEDLES/नयी/जीवाणु मुक्त सूई का प्रयोग.....	1	2																																																				
K. AVOID IV DRIP/नस के अन्दर जाने वाली सूई से बचना	1	2																																																				
L. AVOID SHARING RAZORS/BLADES रेजर/ब्लेड का सामूहिक इस्तेमाल से बचना.....	1	2																																																				
M. AVOID PREGNANCY WHEN HAVING HIV / AIDS/ एच.आई.वी. ग्रसित होने के समय गर्भवती न होना.....	1	2																																																				
N. OTHER /अन्य.....	1	2																																																				
(SPECIFY/ स्पष्ट करें)																																																						
O. DON'T KNOW / मालूम नहीं.....	1	2																																																				

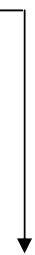
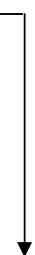

Q. NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
Q544	<p>क्या आप ऐसे किसी स्थान को जानते हैं जहां पर एचआईवी/एड्स की जांच कराने के लिए लोग जा सकते हैं ?</p> <p>Do you know a place where people can go to get tested for HIV /AIDS?</p>	<p>YES/हाँ.....1</p> <p>NO/नहीं2 →</p>	Q546
Q545	<p>वह स्थान कहां पर है ?</p> <p>Where is that?</p> <p>कोई अन्य स्थान ?</p> <p>Any other place?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE MEDICAL SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(स्थान /स्थानों के नाम)</p> <p>(NAME OF PLACE (S))</p> <p>(RECORD ALL MENTIONED)</p>	<p>GOVERNMENT</p> <p>YES NO</p> <p>A. HOSPITAL 1 2</p> <p>B. DISPENSARY..... 1 2</p> <p>C. UHC/UHP/UFWC..... 1 2</p> <p>D. CHC/ RURAL HOSPITAL..... 1 2</p> <p>E. PHC..... 1 2</p> <p>F. SUB CENTRE..... 1 2</p> <p>G. VCTC/ICTC 1 2</p> <p>H. RTI/STI CLINIC..... 1 2</p> <p>I. OTHER PUBLIC MEDICAL SECTOR..... 1 2</p> <p>J. NGO/TRUST HOSPITAL/CLINIC..... 1 2</p> <p>PRIVATE</p> <p>K. HOSPITAL/ CLINIC. 1 2</p> <p>L. VCTC/ICTC..... 1 2</p> <p>M. STI CLINIC..... 1 2</p> <p>N. OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR..... 1 2</p> <p>O. OTHER _____ 1 2</p> <p>(SPECIFY)</p>	
Q546	<p>मैं परिणाम नहीं जानना चाहती हूँ, लेकिन क्या कभी आपकी एच आइ वी/एड्स की जांच की गई है?</p> <p>I don't want to know the results, but have you undergone HIV /AIDS test?</p>	<p>YES/हाँ..... 1</p> <p>NO/नहीं..... 2 →</p>	548A
Q547	<p>आखिरी बार आपकी जाँच कब की गई थी ?</p> <p>When was the last time you tested?</p>	<p>LESS THAN 12 MONTHS AGO/ 12 महीने से कम पहले 1</p> <p>12-23 MONTHS AGO/ 12-23 महीने पहले 2</p> <p>2 OR MORE YEARS AGO/ 2 या उससे ज्यादा साल पहले..... 3</p>	

F. GOVERNMENT HEALTH PROGRAMMES

अब मैं आपसे सरकार के विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बारे में बात करूंगी। इन कार्यक्रमों से संबंधित संदेशों को विभिन्न माध्यमों से दिया जाता है।

Now I would like to talk about various Government Health Programmes. The messages on these programmes are given through various sources.

Q. No.	QUESTIONS AND FILTERS	SKIP TO	CODING CATEGORIES																																	
Q548 A	<p>ASK EACH PROGRAMME SEPERATELY BY READING THE NAME.</p> <p>क्या आपने निम्नलिखित स्वास्थ्य कार्यक्रमों से संबंधित संदेशों को देखा/सुना/पढ़ा है?</p> <p>Have you seen/heard/ read the messages related to the following programme?</p>		<p>ASK EACH PROGRAMME SEPERATELY BY READING THE NAME. ASK Q548 B FOR EACH PROGRAMME WITH CODE '1' CIRCLED IN Q 548A</p> <p>Q.548B. किन स्रोतों से आपने इन कार्यक्रमों को देखा/सुना/पढ़ा है ? From which sources of information have you seen/heard/read about the following issues? (RECORD ALL MENTIONED)</p>																																	
01	<p>क्या आपने प्रसव पूर्व जाँच से संबंधित संदेशों को देखा/सुना/पढ़ा है?</p> <p>Have you seen/heard/read the messages related to the Antenatal Care?</p>	<p>YES ...1</p> <p>NO....2</p> 	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. TELEVISION /टेलीविजन</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. RADIO/ रेडियो.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/POSTERS /अखबार/किताबें / पत्रिका/ इशितहार.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यू डब्ल्यू/ आशा.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td align="center">(SPECIFY)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. TELEVISION /टेलीविजन	1	2	B. RADIO/ रेडियो.....	1	2	C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/POSTERS /अखबार/किताबें / पत्रिका/ इशितहार.....	1	2	D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी	1	2	E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला.....	1	2	F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES.....	1	2	G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यू डब्ल्यू/ आशा.....	1	2	H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार.....	1	2	I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____	1	2	(SPECIFY)		
	YES	NO																																		
A. TELEVISION /टेलीविजन	1	2																																		
B. RADIO/ रेडियो.....	1	2																																		
C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/POSTERS /अखबार/किताबें / पत्रिका/ इशितहार.....	1	2																																		
D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी	1	2																																		
E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला.....	1	2																																		
F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES.....	1	2																																		
G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यू डब्ल्यू/ आशा.....	1	2																																		
H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार.....	1	2																																		
I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____	1	2																																		
(SPECIFY)																																				
02	<p>क्या आपने संस्थागत प्रसव से संबंधित संदेशों को देखा/सुना/पढ़ा है?</p> <p>Have you seen/heard/read the messages related to the Institutional Delivery?</p>	<p>YES ...1</p> <p>NO....2</p> 	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. TELEVISION /टेलीविजन</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B. RADIO/ रेडियो.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/ POSTERS /अखबार/किताबें / पत्रिका/इशितहार.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यू डब्ल्यू/ आशा.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td align="center">(SPECIFY)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	A. TELEVISION /टेलीविजन	1	2	B. RADIO/ रेडियो.....	1	2	C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/ POSTERS /अखबार/किताबें / पत्रिका/इशितहार.....	1	2	D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी	1	2	E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला.....	1	2	F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES.....	1	2	G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यू डब्ल्यू/ आशा.....	1	2	H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार.....	1	2	I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____	1	2	(SPECIFY)		
	YES	NO																																		
A. TELEVISION /टेलीविजन	1	2																																		
B. RADIO/ रेडियो.....	1	2																																		
C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/ POSTERS /अखबार/किताबें / पत्रिका/इशितहार.....	1	2																																		
D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी	1	2																																		
E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला.....	1	2																																		
F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES.....	1	2																																		
G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यू डब्ल्यू/ आशा.....	1	2																																		
H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार.....	1	2																																		
I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____	1	2																																		
(SPECIFY)																																				

Q. No.	QUESTIONS AND FILTERS	SKIP TO	CODING CATEGORIES	
03	<p>क्या आपने स्तनपान से संबंधित संदेशों को देखा/सुना/पढ़ा है?</p> <p>Have you seen/heard/read the messages related to the Breastfeeding?</p>	<p>YES ...1</p> <p>NO....2</p> 	<p>A. TELEVISION /टेलीविजन 1 2</p> <p>B. RADIO/ रेडियो..... 1 2</p> <p>C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/ POSTERS /अखबार/किताबें /पत्रिका/ इशितहार..... 1 2</p> <p>D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी 1 2</p> <p>E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला..... 1 2</p> <p>F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES..... 1 2</p> <p>G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यु डब्ल्यु/ आशा..... 1 2</p> <p>H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार..... 1 2</p> <p>I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____ (SPECIFY) 1 2</p>	<p>YES NO</p>
04	<p>क्या आपने टीकाकरण से संबंधित संदेशों को देखा/सुना/पढ़ा है?</p> <p>Have you seen/heard/read the messages related to the Immunization?</p>	<p>YES ...1</p> <p>NO....2</p> 	<p>A. TELEVISION /टेलीविजन 1 2</p> <p>B. RADIO/ रेडियो..... 1 2</p> <p>C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/ POSTERS /अखबार/किताबें /पत्रिका/ इशितहार..... 1 2</p> <p>D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी 1 2</p> <p>E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला..... 1 2</p> <p>F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES..... 1 2</p> <p>G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यु डब्ल्यु/ आशा..... 1 2</p> <p>H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार..... 1 2</p> <p>I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____ (SPECIFY) 1 2</p>	<p>YES NO</p>
05	<p>क्या आपने परिवार नियोजन से संबंधित संदेशों को देखा/सुना/पढ़ा है?</p> <p>Have you seen/heard/read the messages related to the Family Planning?</p>	<p>YES ...1</p> <p>NO....2</p> 	<p>A. TELEVISION /टेलीविजन 1 2</p> <p>B. RADIO/ रेडियो..... 1 2</p> <p>C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/ POSTERS /अखबार/किताबें /पत्रिका/ इशितहार..... 1 2</p> <p>D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी 1 2</p> <p>E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला..... 1 2</p> <p>F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES..... 1 2</p> <p>G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यु डब्ल्यु/ आशा..... 1 2</p> <p>H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार..... 1 2</p> <p>I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____ (SPECIFY) 1 2</p>	<p>YES NO</p>

Q. No.	QUESTIONS AND FILTERS	SKIP TO	CODING CATEGORIES		
06	<p>क्या आपने निजी स्वास्थ्य विज्ञान (साफ-सफाई) से संबंधित संदेशों को देखा/सुना/पढ़ा है?</p> <p>Have you seen/heard/read the messages related to the Personal Hygiene?</p>	<p>YES ...1</p> <p>NO....2</p>	<p>A. TELEVISION /टेलीविजन 1 2</p> <p>B. RADIO/ रेडियो..... 1 2</p> <p>C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/ POSTERS /अखबार/किताबें /पत्रिका/ इशितहार..... 1 2</p> <p>D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड़ नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी 1 2</p> <p>E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला..... 1 2</p> <p>F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES..... 1 2</p> <p>G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यू डब्ल्यू/ आशा..... 1 2</p> <p>H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार..... 1 2</p> <p>I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____ (SPECIFY) 1 2</p>	YES	NO
07	<p>क्या आपने स्वच्छता /सुरक्षित पेय जल से संबंधित संदेशों को देखा/सुना/पढ़ा है?</p> <p>Have you seen/heard/read the messages related to the Sanitation/Safe Drinking Water?</p>	<p>YES ...1</p> <p>NO....2</p>	<p>A. TELEVISION /टेलीविजन 1 2</p> <p>B. RADIO/ रेडियो..... 1 2</p> <p>C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/ POSTERS /अखबार/किताबें / पत्रिका/ इशितहार..... 1 2</p> <p>D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड़ नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी 1 2</p> <p>E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला..... 1 2</p> <p>F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES..... 1 2</p> <p>G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यू डब्ल्यू/ आशा..... 1 2</p> <p>H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार..... 1 2</p> <p>I. OTHER SOURCE /अन्य कोई _____ (SPECIFY) 1 2</p>	YES	NO
08	<p>क्या आपने लैंगिक जाँच से संबंधित संदेशों को देखा/सुना/पढ़ा है?</p> <p>Have you seen/heard/read the messages related to the Prevention of Sex Selection?</p>	<p>YES ...1</p> <p>NO....2</p>	<p>A. TELEVISION /टेलीविजन 1 2</p> <p>B. RADIO/ रेडियो..... 1 2</p> <p>C. NEWS PAPER/ BOOKS/ MAGAZINE/ HOARDING/ PAMPHLETS/ POSTERS /अखबार/किताबें / पत्रिका/ इशितहार..... 1 2</p> <p>D. DRAMA/ SONG/DANCE PERFORMANCE/ STREET PLAY/ PUPPET SHOW/ नाटक / गाना/डान्स/नुक्कड़ नाटक/कठपुतली प्रदर्शनी 1 2</p> <p>E. EXHIBITION /MELA/ प्रदर्शनी / मेला..... 1 2</p> <p>F. GROUP MEETING/ PROGRAMMES..... 1 2</p> <p>G. DOCTOR/ ANM/ AWW/ ASHA/डाक्टर/ एएन एम / ए डब्ल्यू डब्ल्यू/ आशा..... 1 2</p> <p>H. FRIENDS/RELATIVES/ मित्र/ रिश्तेदार..... 1 2</p> <p>I. OTHER SOURCE/अन्य कोई _____ (SPECIFY) 1 2</p>	YES	NO
Q549	<p>बच्चे के जन्म होने से पहले चिकित्सीय परीक्षण करके क्या बच्चे के लिंग के बारे में जानना सम्भव है?</p> <p>It is possible to know the sex of the baby before the baby is born by medical test?</p>		<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>DK8</p>		
Q550	<p>समय दर्ज करें / RECORD TIME</p>		<p>HOUR</p> <p>MINUTES</p>		

NOTE: Some times our senior/supervisor may come to you for clarification of some questions, so please cooperate with them

THANK YOU FOR GIVING YOUR PRECIOUS TIME