

IDENTIFICATION

STATE \_\_\_\_\_

DISTRICT \_\_\_\_\_

TEHSIL/TALUK \_\_\_\_\_

CITY/TOWN/VILLAGE \_\_\_\_\_

TYPE OF PSU (URBAN = 1, RURAL = 2) .....

PSU NUMBER .....

STRUCTURE NUMBER .....

HOUSEHOLD NUMBER .....

NAME AND LINE NUMBER OF WOMAN \_\_\_\_\_

ADDRESS OF HOUSEHOLD \_\_\_\_\_

IS HOUSEHOLD SELECTED FOR THE STATE MODULE? (YES = 1, NO = 2) .....

IS WOMAN SELECTED FOR QUESTIONS ON HOUSEHOLD RELATIONS (SECTION 11)? (YES = 1, NO = 2) .....

INTERVIEWER VISITS

	1	2	3	FINAL VISIT
DATE	_____	_____	_____	DAY _____ MONTH _____ YEAR _____
INTERVIEWER'S NAME	_____	_____	_____	INT. NO. _____ RESULT CODE* _____
NEXT VISIT: DATE TIME	_____	_____		TOTAL NUMBER OF VISITS .....
SUPERVISOR'S NAME .....	_____			SUPERV. NUMBER _____

\*RESULT CODES:

1 COMPLETED      4 REFUSED  
2 NOT AT HOME      5 PARTLY COMPLETED      7 OTHER \_\_\_\_\_  
3 POSTPONED      6 INCAPACITATED      (SPECIFY)

\*\*LANGUAGE CODES:

01 ASSAMESE      08 MALAYALAM      15 TAMIL  
02 BENGALI      09 MANIPURI      16 TELUGU  
03 GUJARATI      10 MARATHI      17 URDU  
04 HINDI      11 NEPALI      18 ENGLISH  
05 KANNADA      12 ORIYA      19 GARO  
06 KASHMIRI      13 PUNJABI      20 KHASI  
07 KONKANI      14 SINDHI      96 OTHER

SPECIFY

\*\*LANGUAGE OF QUESTIONNAIRE

HINDI

\*\*RESPONDENT'S MOTHER TONGUE

\*\*LANGUAGE OF INTERVIEW

TRANSLATOR USED? (YES = 1, NO = 2) .....

0 4

## SECTION 1. RESPONDENT'S BACKGROUND

### INTRODUCTION AND INFORMED CONSENT

नमस्ते। मेरा नाम \_\_\_\_\_ है। मैं (NAME OF ORGANIZATION) के साथ काम कर रही हूँ। हम पूरे भारत में स्वास्थ्य पर एक सर्वेक्षण कर रहे हैं। जो जानकारी हम परिवार कल्याण और स्वास्थ्य के बारे में घरों और व्यक्तियों से इकट्ठी करेंगे वो सरकार को स्वास्थ्य सेवाएँ बनाने में मदद करेगी। आपका परिवार इस सर्वेक्षण के लिए चुना गया है। इन सवालों में लगभग 40 - 60 मिनट लगेंगे। आपके सारे जवाब गुप्त रखे जायेंगे और हमारे सर्वेक्षण के सदस्यों के अलावा किसी को भी नहीं बताये जायेंगे। आपका इस सर्वेक्षण में भाग लेना स्वैच्छिक है। अगर आप मेरे किसी सवाल का जवाब नहीं देना चाहते, तो मुझे बता दीजिये और मैं अगले सवाल पर चली जाऊँगी। आप किसी भी समय यह बातचीत रोक भी सकते हैं। यदि आपको इस सर्वेक्षण के बारे में और जानकारी चाहिए तो आप मुझसे पूछ सकते हैं या उस व्यक्ति को संपर्क कर सकते हैं, जिनका कार्ड आपके परिवार को दिया जा चुका है।

क्या आप मुझसे कुछ सवाल पूछना चाहती है?

ANSWER ANY QUESTIONS AND ADDRESS RESPONDENT'S CONCERNS.

क्या आप इस सर्वेक्षण में भाग लेने के लिए सहमत हैं?

Namaste. My name is \_\_\_\_\_. I am working with (NAME OF ORGANIZATION). We are conducting a survey about health all over India. The information on family welfare and health that we collect from households and individuals will help the government to plan health services. Your household was selected for the survey. The questions usually take about 40 - 60 minutes. All of the answers you give will be confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team. Your participation in the survey is voluntary. If I ask you any question you don't want to answer, just let me know and I will go on to the next question or you can stop the interview at any time. If you have any questions about this survey you may ask me or contact the persons listed on the card given to your household.

Do you have any questions?

ANSWER ANY QUESTIONS AND ADDRESS RESPONDENT'S CONCERNS.

Do you agree to participate in this survey?

SIGNATURE OF INTERVIEWER: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

RESPONDENT AGREES

TO BE INTERVIEWED ..... 1



RESPONDENT DOES NOT AGREE

TO BE INTERVIEWED ..... 2 → END

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
101	RECORD THE TIME.	HOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	आपका जन्म किस राज्य में हुआ था ? Which state/UT were you born in?	[STATE] ..... 1 [STATE] ..... 2 [STATE] ..... 3 OUTSIDE OF INDIA ..... 96	
103	यहाँ (NAME OF CURRENT CITY, TOWN OR VILLAGE OF RESIDENCE) पर आप लगातार कब-से रह रहे हैं ? How long have you been living continuously in (NAME OF CURRENT CITY, TOWN OR VILLAGE OF RESIDENCE)? IF LESS THAN ONE YEAR, RECORD '00' YEARS.	YEARS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ALWAYS ..... 95 VISITOR ..... 96	→ 109
104	CHECK 103:  0-4 YEARS <input type="checkbox"/> 5 YEARS <input type="checkbox"/> OR MORE		→ 106
105	यहाँ पर आप किस महीने तथा वर्ष में आए थे? In what month and year did you move here?	MONTH ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW MONTH ..... 98 YEAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW YEAR ..... 9998	
106	यहाँ आने के ठीक पहले, आप किस राज्य में रहते थे ? Just before you moved here, which state/UT did you live in?	[STATE] ..... 1 [STATE] ..... 2 [STATE] ..... 3 OUTSIDE OF INDIA ..... 96	
107	यहाँ आने के ठीक पहले, क्या आप शहर, कस्बे या ग्रामीण क्षेत्र में रहते थे ? Just before you moved here, did you live in a city, in a town, or in a rural area?	CITY ..... 1 TOWN ..... 2 RURAL AREA ..... 3	
108	इस स्थान में आने का मुख्य कारण क्या था ? What was the main reason for moving to this place?	WORK/EMPLOYMENT ..... 1 BUSINESS ..... 2 EDUCATION ..... 3 MARRIAGE ..... 4 MOVED AFTER BIRTH ..... 5 MOVED WITH HOUSEHOLD ..... 6 OTHER ..... 96 (SPECIFY)	
109	आपका जन्म किस महीने और साल में हुआ था? In what month and year were you born?	MONTH ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW MONTH ..... 98 YEAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW YEAR ..... 9998	
110	पिछले जन्मदिन पर आपकी उम्र कितनी थी? How old were you at your last birthday?  COMPARE AND CORRECT 109 AND/OR 110 IF INCONSISTENT.	AGE IN COMPLETED YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
111	क्या आप कभी स्कूल गयी हैं? Have you ever attended school?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 114
112	आपने कौन सा उच्चतम दर्जा पास किया है? What is the highest grade you completed?	GRADE ..... <input type="text"/>	
113	CHECK 112:  GRADE 0-8 <input type="checkbox"/> GRADE 9 AND ABOVE <input type="checkbox"/>		→ 116
114	अब मैं चाहूँगी की आप मुझे यह वाक्य पढ़कर सुनाएं: SHOW A SENTENCE FROM THE LITERACY CARD TO RESPONDENT. IF RESPONDENT CANNOT READ WHOLE SENTENCE, PROBE: क्या आप इस वाक्य के किसी भी भाग को पढ़कर मुझे सुना सकते हैं?  Now I would like you to read this sentence to me. SHOW A SENTENCE FROM THE LITERACY CARD TO RESPONDENT. IF RESPONDENT CANNOT READ WHOLE SENTENCE, PROBE: Can you read any part of the sentence to me?	CANNOT READ AT ALL ..... 1 ABLE TO READ ONLY PARTS OF SENTENCE ..... 2 ABLE TO READ WHOLE SENTENCE ..... 3 NO CARD WITH REQUIRED LANGUAGE ..... 4 (SPECIFY LANGUAGE) BLIND/VISUALLY IMPAIRED ..... 5	
115	CHECK 114:  CODE '2', '3' OR '4' RECORDED <input type="checkbox"/> CODE '1' OR '5' RECORDED <input type="checkbox"/>		→ 117
116	क्या आप अखबार या पत्रिका लगभग, सप्ताह में कम से कम एक बार, सप्ताह में एक बार से कम या कभी नहीं पढ़ती हैं? Do you read a newspaper or magazine at least once a week, less than once a week or not at all?	AT LEAST ONCE A WEEK ..... 1 LESS THAN ONCE A WEEK ..... 2 NOT AT ALL ..... 3	
117	क्या आप रेडियो लगभग, सप्ताह में कम से कम एक बार, सप्ताह में एक बार से कम या कभी नहीं सुनती हैं? Do you listen to the radio at least once a week, less than once a week or not at all?	AT LEAST ONCE A WEEK ..... 1 LESS THAN ONCE A WEEK ..... 2 NOT AT ALL ..... 3	
118	क्या आप टेलीविजन लगभग, सप्ताह में कम से कम एक बार, सप्ताह में एक बार से कम या कभी नहीं देखती हैं? Do you watch television at least once a week, less than once a week or not at all?	AT LEAST ONCE A WEEK ..... 1 LESS THAN ONCE A WEEK ..... 2 NOT AT ALL ..... 3	
119	क्या आप सामान्यतः महीने में कम से कम एक बार सिनेमाघर या थियेटर में सिनेमा देखने जाती हैं? Do you usually go to a cinema hall or theatre to see a movie at least once a month?	YES ..... 1 NO ..... 2	
120	क्या आपके पास मोबाइल फोन है? Do you own a mobile phone?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 122
121	क्या आपका मोबाइल फोन स्मार्ट फोन है? Is your mobile phone a smart phone?	YES ..... 1 NO ..... 2	
122	पिछले 12 महीनों में, क्या आपने वित्तीय लेनदेन जैसे पैसा भेजने या प्राप्त करने, बिलों के भुगतान, सामान या सेवाएं खरीदने या मजदूरी (वेतन) प्राप्त करने के लिए मोबाइल फोन का उपयोग किया है?  In the last 12 months, have you used a mobile phone to make financial transactions such as sending or receiving money, paying bills, purchasing goods or services, or receiving wages?	YES ..... 1 NO ..... 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
123	<p>क्या आपका बैंक या अन्य वित्तीय संस्था में खाता है जिसका उपयोग आप स्वयं करते हैं?</p> <p>Do you have an account in a bank or other financial institution that you yourself use?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 125
124	<p>क्या पिछले 12 महीनों में आपने इस खाते में स्वयं पैसे जमा किए या इस खाते से पैसे निकाले?</p> <p>Did you yourself put money in or take money out of this account in the last 12 months?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
125	<p>क्या आपने कभी किसी डिवाइस पर किसी भी स्थान से इंटरनेट का उपयोग किया है?</p> <p>Have you ever used the internet from any location on any device?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 128
126	<p>क्या पिछले 12 महीनों में आपने इंटरनेट का इस्तेमाल किया है?</p> <p>In the last 12 months, have you used the internet?</p> <p>IF NECESSARY, PROBE FOR USE FROM ANY LOCATION, WITH ANY DEVICE.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 128
127	<p>पिछले एक महीने के दौरान, आपने कितनी बार इंटरनेट का इस्तेमाल किया: लगभग हर दिन, सप्ताह में कम से कम एक बार, सप्ताह में एक बार से कम या बिल्कुल नहीं?</p> <p>During the last one month, how often did you use the internet: almost every day, at least once a week, less than once a week, or not at all?</p>	<p>ALMOST EVERY DAY ..... 1</p> <p>AT LEAST ONCE A WEEK ..... 2</p> <p>LESS THAN ONCE A WEEK ..... 3</p> <p>NOT AT ALL ..... 4</p>	
128	<p>आपका धर्म क्या है?</p> <p>What is your religion?</p>	<p>HINDU ..... 1</p> <p>MUSLIM ..... 2</p> <p>CHRISTIAN ..... 3</p> <p>SIKH ..... 4</p> <p>BUDDHIST/NEO-BUDDHIST ..... 5</p> <p>JAIN ..... 6</p> <p>JEWISH ..... 7</p> <p>PARSI/ZOROASTRIAN ..... 8</p> <p>NO RELIGION ..... 9</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>	
129	<p>आपकी जाति या जनजाति क्या है?</p> <p>What is your caste or tribe?</p>	<p>CASTE ..... 991</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>TRIBE ..... 992</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NO CASTE/TRIBE ..... 993</p> <p>DON'T KNOW ..... 998</p>	→ 201
130	<p>क्या आप अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़े वर्ग से हैं या इनमें से कोई नहीं हैं?</p> <p>Do you belong to a scheduled caste, a scheduled tribe, other backward class, or none of these?</p>	<p>SCHEDULED CASTE ..... 1</p> <p>SCHEDULED TRIBE ..... 2</p> <p>OTHER BACKWARD CLASS (OBC) ..... 3</p> <p>NONE OF THEM ..... 4</p>	

**SECTION 2. REPRODUCTION**

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP				
201	अब मैं आपसे उन बच्चों के बारे में पूछना चाहूँगी जिन्हें आपने अपने जीवनकाल में जन्म दिया है। क्या आपने कभी किसी बच्चे को जन्म दिया है ?  Now I would like to ask about all the births you have had during your life. Have you ever given birth?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 206				
202	क्या आपके कोई ऐसे बेटे या बेटियाँ हैं जिन्हें आपने जन्म दिया है और जो अभी आपके साथ रहते हैं? Do you have any sons or daughters to whom you have given birth who are now living with you?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 204				
203	a. कितने बेटे आपके साथ रहते हैं? How many sons live with you?  b. और कितनी बेटियाँ आपके साथ रहती हैं? And how many daughters live with you?  IF NONE, RECORD '00'.	SONS AT HOME ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>  DAUGHTERS AT HOME ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
204	क्या आपके ऐसे बेटे या बेटियाँ हैं जिन्हें आपने जन्म दिया है और जो जीवित हैं लेकिन आपके साथ नहीं रहते हैं? Do you have any sons or daughters to whom you have given birth who are alive but do not live with you?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 206				
205	a. ऐसे कितने जीवित बेटे हैं जो आपके साथ नहीं रहते हैं? How many sons are alive but do not live with you?  b. और ऐसी कितनी जीवित बेटियाँ हैं जो आपके साथ नहीं रहती हैं? And how many daughters are alive but do not live with you?  IF NONE, RECORD '00'.	SONS ELSEWHERE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>  DAUGHTERS ELSEWHERE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
206	क्या आपने कभी किसी लड़के या लड़की को जन्म दिया है जो जन्म के समय जीवित था या थी लेकिन बाद में जिसकी मृत्यु हो गई? IF NO, PROBE: कोई बच्चा जो रोया था या जिसने जीवित होने का कोई संकेत दिया लेकिन बाद में जीवित नहीं रहा?  Have you ever given birth to a boy or girl who was born alive but later died? IF NO, PROBE: Any baby who cried, who made any movement, sound or effort to breathe, or who showed any other signs of life even if for a very short time?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 208				
207	a. कितने लड़कों की मृत्यु हुई है? How many boys have died?  b. और कितनी लड़कियों की मृत्यु हुई है? And how many girls have died?  IF NONE, RECORD '00'.	BOYS DEAD ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>  GIRLS DEAD ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
208	SUM ANSWERS TO 203, 205, AND 207, AND ENTER TOTAL. IF NONE, RECORD '00'.	LIVE BIRTH TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
209	CHECK 208: यह सुनिश्चित करने के लिए कि मैंने सही लिखा है: आपने अपने जीवन में कुल _____ बच्चों को जन्म दिया है। क्या यह सही है? Just to make sure that I have this right: you have had in TOTAL _____ births during your life. Is that correct?  YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → PROBE AND CORRECT 201-208 AS NECESSARY.						
210	CHECK 208:  ONE OR MORE BIRTHS <input type="checkbox"/> NO BIRTHS <input type="checkbox"/> → 227						

211 अब मैं आपके सभी बच्चों के नाम लिखना चाहूँगी, चाहे वे अभी जीवित हैं या नहीं। शुरूआत अपने सबसे पहले बच्चे के जन्म से करें। Now I would like to record the names of all your births, whether still alive or not, starting with the first one you had. RECORD NAMES OF ALL THE BIRTHS IN 212. RECORD TWINS AND TRIPLETS ON SEPARATE LINES. (IF THERE ARE MORE THAN 12 BIRTHS, USE AN ADDITIONAL QUESTIONNAIRE STARTING WITH THE SECOND ROW).										
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222
आपके (पहले/अगले) बच्चे का नाम क्या रखा गया था?	बच्चा (NAME) लड़का है या लड़की है?	बच्चा इनमें से कोई जुड़वा बच्चे से?	(NAME) का जन्म किस महीने और साल में हुआ था? PROBE: उसका जन्मदिन क्या था?	बच्चा (NAME) अभी जीवित है?	IF ALIVE: पिछले जन्मदिन पर (NAME) की आयु कितनी थी?	IF ALIVE: बच्चा (NAME) आपके साथ रह रहा/रही है?	IF ALIVE: RECORD HOUSE-HOLD LINE NUMBER OF CHILD (RECORD '00' IF CHILD NOT LISTED IN HOUSE-HOLD).	IF DEAD: मृत्यु के समय (NAME) की आयु कितनी थी? IF '1 YR', PROBE: (NAME) उस समय कितने महीनों का था/थी?	IF DEAD: क्या मृत्यु को पंजीकृत (दर्ज) किया गया था?	बच्चा (NAME OF PREVIOUS BIRTH) और (NAME) के बीच किसी दूसरे जीवित बच्चे का जन्म हुआ था, उन बच्चों को भी शामिल करें जिनकी जन्म के पश्चात् मृत्यु हो गई हो?
What name was given to your (first/next) baby?	Is (NAME) a boy or a girl?	Were any of these births twins?	On what day, month and year was (NAME) born? PROBE: What is his/her birthday?	Is (NAME) still alive?	How old was (NAME) at (his/her) last birthday? RECORD AGE IN COMPLETED YEARS.	Is (NAME) living with you?		How old was (NAME) when he/she died? IF '1 YR', PROBE: How many months old was (NAME)? RECORD DAYS IF LESS THAN 1 MONTH; MONTHS IF LESS THAN TWO YEARS; OR YEARS.	Was the death registered?	Were there any other live births between (NAME OF PREVIOUS BIRTH) and (NAME), including any children who died after birth?
01	BOY 1 GIRL 2	SING 1 1 MULT 2 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (NEXT BIRTH)	DAYS... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ NEXT BIRTH	
02	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↩ BIRTH NO... 2 NEXT ↩ BIRTH
03	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↩ BIRTH NO... 2 NEXT ↩ BIRTH
04	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↩ BIRTH NO... 2 NEXT ↩ BIRTH
05	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↩ BIRTH NO... 2 NEXT ↩ BIRTH
06	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↩ BIRTH NO... 2 NEXT ↩ BIRTH

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222
आपके (पहले/अगले) बच्चे का नाम क्या रखा गया था?	क्या (NAME) लड़का है या लड़की है?	क्या इनमें से कोई जुड़वा बच्चे थे?	(NAME) का जन्म किस महीने और साल में हुआ था? PROBE: उसका जन्मदिन क्या था?	क्या (NAME) अभी जीवित है?	IF ALIVE: पिछले जन्मदिन पर (NAME) की आयु कितनी थी?	IF ALIVE: क्या (NAME) आपके साथ रह रहा/रही है?	IF ALIVE: RECORD HOUSE-HOLD LINE NUMBER OF CHILD (RECORD '00' IF CHILD NOT LISTED IN HOUSE-HOLD).	IF DEAD: मृत्यु के समय (NAME) की आयु कितनी थी? IF '1 YR', PROBE: (NAME) उस समय कितने महीनों का था/थी?	IF DEAD: क्या मृत्यु को पंजीकृत (दर्ज) किया गया था?	क्या (NAME OF PREVIOUS BIRTH) और (NAME) के बीच किसी दूसरे जीवित बच्चे का जन्म हुआ था, उन बच्चों को भी शामिल करें जिनकी जन्म के पश्चात् मृत्यु हो गई हो?
What name was given to your (first/next) baby?	Is (NAME) a boy or a girl?	Were any of these births twins?	On what day, month and year was (NAME) born? PROBE: What is his/her birthday?	Is (NAME) still alive?	How old was (NAME) at (his/her) last birthday?  RECORD AGE IN COMPLETED YEARS.	Is (NAME) living with you?		How old was (NAME) when he/she died? IF '1 YR', PROBE: How many months old was (NAME)? RECORD DAYS IF LESS THAN 1 MONTH; MONTHS IF LESS THAN TWO YEARS; OR YEARS.	Was the death registered?	Were there any other live births between (NAME OF PREVIOUS BIRTH) and (NAME), including any children who died after birth?
07	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↵ BIRTH NO... 2 NEXT ↵ BIRTH
08	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↵ BIRTH NO... 2 NEXT ↵ BIRTH
09	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↵ BIRTH NO... 2 NEXT ↵ BIRTH
10	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↵ BIRTH NO... 2 NEXT ↵ BIRTH
11	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↵ BIRTH NO... 2 NEXT ↵ BIRTH
12	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (GO TO 222)	DAYS... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	YES... 1 NO... 2	YES... 1 ADD ↵ BIRTH NO... 2 NEXT ↵ BIRTH



NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
223	<p>क्या (NAME OF LAST BIRTH) के जन्म के बाद आपको कोई जीवित बच्चा पैदा हुआ?</p> <p>Have you had any live births since the birth of (NAME OF LAST BIRTH)?</p> <p>IF YES, RECORD BIRTH(S) IN TABLE.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
224	<p>क्या (NAME OF FIRST BIRTH) के जन्म के पहले आपको कोई जीवित बच्चा पैदा हुआ?</p> <p>Before the birth of (NAME OF FIRST BIRTH), did you have any other live births?</p> <p>IF YES, RECORD BIRTH(S) IN TABLE.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
225	CHECK 215 AND ENTER THE NUMBER OF BIRTHS IN JANUARY 2018 OR LATER.	<p>NUMBER OF BIRTHS ..... <input type="text"/></p> <p>NONE ..... 0</p>	→ 227
226	<p>FOR EACH BIRTH SINCE JANUARY 2018, ENTER 'B' IN THE MONTH OF BIRTH IN <b>COLUMN 1</b> OF THE CALENDAR. WRITE THE NAME OF THE CHILD TO THE LEFT OF THE 'B' CODE. FOR EACH BIRTH, ASK THE NUMBER OF COMPLETED MONTHS THE PREGNANCY LASTED AND RECORD 'P' IN EACH OF THE PRECEDING MONTHS ACCORDING TO THE DURATION OF PREGNANCY. (NOTE: THE NUMBER OF P's MUST BE ONE LESS THAN THE NUMBER OF MONTHS THAT THE PREGNANCY LASTED.)</p> <p>FOR EACH BIRTH ASK:</p> <p><b>C</b> किसी भी समय जब आप (NAME) के साथ गर्भवती थीं, क्या आपका अल्ट्रासाउंड परीक्षण हुआ था?</p> <p>At any time when you were pregnant with (NAME), did you have an ultrasound test?</p> <p>RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN <b>COLUMN 2</b> IN THE MONTH OF BIRTH.</p>		
227	<p>क्या आप अभी गर्भवती हैं?</p> <p>Are you pregnant now?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>UNSURE ..... 8</p>	→ 232
228	<p>आप कितने सप्ताह या महीने की गर्भवती हैं?</p> <p>How many weeks or months pregnant are you?</p> <p>RECORD NUMBER OF COMPLETED WEEKS OR MONTHS.</p> <p><b>C</b> ENTER 'P's IN THE CALENDAR, BEGINNING WITH THE MONTH OF INTERVIEW AND FOR THE TOTAL NUMBER OF COMPLETED MONTHS. IF DURATION OF PREGNANCY WAS REPORTED IN WEEKS, MULTIPLY THE NUMBER OF WEEKS BY 0.23 TO CONVERT TO THE NUMBER OF MONTHS. ROUND DOWN TO THE NEAREST WHOLE NUMBER TO GET THE NUMBER OF COMPLETED MONTHS.</p>	<p>WEEKS ..... 1 <input type="text"/></p> <p>MONTHS ..... 2 <input type="text"/></p>	
229	<p>क्या इस गर्भावस्था के दौरान कभी भी आपका अल्ट्रासाउंड [सोनोग्राफी] परीक्षण हुआ है?</p> <p>At any time during this pregnancy, have you had an ultrasound test?</p> <p><b>C</b> RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN <b>COLUMN 2</b> OF THE CALENDAR IN THE CURRENT MONTH.</p>		
230	<p>जब आप गर्भवती हुई उस समय क्या आप गर्भवती होना चाहती थी?</p> <p>When you got pregnant, did you want to get pregnant at that time?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 232
231	<p>CHECK 208: TOTAL NUMBER OF BIRTHS</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><input type="text"/></p> <p>ONE OR MORE</p> <p>a. क्या आप बच्चा बाद में चाहती थी या आप कोई और बच्चा नहीं चाहती थी?</p> <p>Did you want to have the baby later on or did you not want any more children?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><input type="text"/></p> <p>NONE</p> <p>b. क्या आप बच्चा बाद में चाहती थी या आप कोई बच्चे नहीं चाहती थी?</p> <p>Did you want to have the baby later on or did you not want any children?</p> </div> </div>	<p>LATER ..... 1</p> <p>NO MORE/NONE ..... 2</p>	
232	<p>क्या आपका कोई गर्भ ऐसा था जिसका अपने आप गर्भपात हो गया, गर्भपात कराया गया या मृत बच्चे का जन्म हुआ?</p> <p>Have you ever had a pregnancy that miscarried, was aborted, or ended in a stillbirth?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 252
233	<p>ऐसे सबसे आखिरी गर्भ की समाप्ति कब हुई?</p> <p>When did the last such pregnancy end?</p>	<p>MONTH ..... <input type="text"/></p> <p>YEAR ..... <input type="text"/></p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
234	CHECK 233: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> LAST PREGNANCY ENDED IN <input type="checkbox"/>  JANUARY 2018 OR LATER </div> <div> LAST PREGNANCY ENDED IN <input type="checkbox"/>  2017 OR EARLIER </div> </div>		252
235	क्या उस गर्भ का स्वतः गर्भपात हो गया, या गर्भपात कराया गया था, या बच्चा मृत पैदा हुआ था? Did that pregnancy end in a miscarriage, an abortion, or a stillbirth?  <b>C</b> CIRCLE RESPONSE CODE AND ENTER 'M' FOR MISCARRIAGE, 'A' FOR ABORTION, OR 'S' FOR STILLBIRTH IN <b>COLUMN 1</b> OF THE CALENDAR IN MONTH IN WHICH PREGNANCY WAS TERMINATED.	MISCARRIAGE ..... 1 ABORTION ..... 2 STILLBIRTH ..... 3	
236	आखिरी ऐसे गर्भ की जब समाप्ति हुई उस समय आपको कितने महीने का गर्भ था? How many months pregnant were you when the last such pregnancy ended?  <b>C</b> RECORD NUMBER OF COMPLETED MONTHS. ENTER 'P's IN <b>COLUMN 1</b> OF CALENDAR IN MONTHS <b>BEFORE</b> THE PREGNANCY TERMINATED. TOTAL NUMBER OF 'P's MUST BE ONE LESS THAN NUMBER OF MONTHS PREGNANT AT TIME OF TERMINATION.	MONTHS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
237	क्या इस गर्भावस्था के दौरान कभी भी आपका अल्ट्रासाउंड [सोनोग्राफी] परीक्षण हुआ था? At any time during this pregnancy, did you have an ultrasound test?  <b>C</b> RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN <b>COLUMN 2</b> OF THE CALENDAR IN MONTH IN WHICH PREGNANCY WAS TERMINATED.		
238	CHECK 235: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ABORTION <input type="checkbox"/>  ↓ </div> <div> MISCARRIAGE OR STILLBIRTH <input type="checkbox"/> </div> </div>		247
239	गर्भपात कहाँ कराया गया था? Where was the abortion performed?	<b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ..... 11 AYUSH ..... 12 GOVT. DISPENSARY/CLINIC ..... 13 UHC/UHP/UFWC ..... 14 CHC/RURAL HOSP./BLOCK PHC ..... 15 PHC/ADDITIONAL PHC /FHC ..... 16 HEALTH & WELLNESS CENTRE ..... 17 SUB-CENTRE ..... 18 GOVT. MOBILE CLINIC ..... 19 OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... 20 (SPECIFY) NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ..... 21 <b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b> PRIVATE HOSPITAL/CLINIC ..... 31 DISPENSARY/CLINIC ..... 32 OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... 33 (SPECIFY) <b>OTHER</b> AT HOME ..... 41 ELSEWHERE ..... 42 (SPECIFY)	
240	गर्भपात किसके द्वारा किया गया था? Who performed the abortion?	DOCTOR ..... 1 NURSE/ANM/LHV ..... 2 VAIDYA/HAKIM/HOMEOPATH (AYUSH) ..... 3 DAI ..... 4 FAMILY MEMBER/RELATIVE/FRIEND ..... 5 SELF ..... 6 OTHER ..... 7 (SPECIFY)	
241	गर्भपात के लिए किस तरीके का इस्तेमाल किया गया था? What method was used for the abortion?	MEDICINES ..... 1 MVA ..... 2 OTHER SURGICAL ..... 3 ANY OTHER ..... 4 (SPECIFY) DON'T KNOW ..... 9	
242	गर्भपात कराने का मुख्य कारण क्या था? What was the main reason for the abortion?	UNPLANNED PREGNANCY ..... 1 CONTRACEPTIVE FAILURE ..... 2 COMPLICATION(S) IN PREGNANCY ..... 3 HEALTH DID NOT PERMIT ..... 4 FEMALE FOETUS ..... 5 MALE FOETUS ..... 6 ECONOMIC REASONS ..... 7 LAST CHILD TOO YOUNG ..... 8 FOETUS HAD CONGENITAL ABNORMALITY ..... 9 HUSBAND/MOTHER-IN-LAW DID NOT WANT ..... 95 OTHER ..... 96 (SPECIFY)	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP														
243	क्या गर्भपात से आपको कोई समस्या हुई? Did you have any complication from the abortion?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 247														
244	क्या आपने उस समस्या के लिए कोई इलाज करवाया था? Did you seek treatment for the complication?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 246														
245	इलाज के लिए आप कहाँ गयी थी? Where did you go for treatment?	<b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ..... 11 AYUSH ..... 12 GOVT. DISPENSARY/CLINIC ..... 13 UHC/UHP/UFWC ..... 14 CHC/RURAL HOSP./ BLOCK PHC ..... 15 PHC/ADDITIONAL PHC /FHC ..... 16 HEALTH & WELLNESS CENTRE ..... 17 SUB-CENTRE ..... 18 GOVT. MOBILE CLINIC ..... 19 OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... 20 (SPECIFY) NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ..... 21  <b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b> PRIVATE HOSPITAL/CLINIC ..... 31 AYUSH ..... 32 DISPENSARY/CLINIC ..... 33 OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... 34 (SPECIFY)  <b>OTHER</b> AT HOME ..... 41 ELSEWHERE ..... 42 (SPECIFY)	→ 247														
246	आपने इलाज क्यों नहीं कराया था? कोई अन्य कारण?  Why did you not seek treatment? Any other reason?  RECORD ALL MENTIONED.	COULD NOT AFFORD TREATMENT ..... A COULD NOT AFFORD TRANSPORT ..... B FEAR OF STIGMA BY PROVIDER ..... C FEAR OF STIGMA BY COMMUNITY ..... D COMPLICATION WAS MINOR/DID NOT REQUIRE TREATMENT ..... E PROBLEM RESOLVED ITSELF ..... F COULD NOT GET AWAY FROM FAMILY RESPONSIBILITIES ..... G HUSBAND DID NOT GIVE PERMISSION ..... H COVID- RELATED ..... I OTHER ..... X (SPECIFY)															
247	क्या किसी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने आपको परिवार नियोजन या अगली गर्भवस्था में देरी करने या टालने के बारे में सलाह दी थी? Did any healthcare provider counsel you on family planning or delaying or avoiding another pregnancy?	Yes ..... 1 No ..... 2															
248	जनवरी 2018 से, क्या आपके पास कोई अन्य गर्भधारण है जिसके परिणामस्वरूप जीवित जन्म नहीं हुआ है? Since January 2018, have you had any other pregnancies that did not result in a live birth?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 250														
249	ASK THE DATE AND THE DURATION OF PREGNANCY FOR EACH EARLIER NON-LIVE BIRTH PREGNANCY SINCE JANUARY 2018. <b>C</b> ENTER 'T' IN <b>COLUMN 1</b> OF CALENDAR IN MONTH THAT EACH PREGNANCY TERMINATED AND 'P' FOR REMAINING NUMBER OF COMPLETED MONTHS.  FOR EACH TERMINATED PREGNANCY ASK: क्या इस गर्भवस्था के दौरान कभी भी आपका अल्ट्रासाउंड [सोनोग्राफी] परीक्षण हुआ है? At any time during this pregnancy, did you have an ultrasound test? <b>C</b> RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN <b>COLUMN 2</b> OF THE CALENDAR IN MONTH IN WHICH PREGNANCY WAS TERMINATED.																
250	क्या 2017 में या उससे पहले आपको कोई ऐसे गर्भधारण हुए जिनका परिणाम जीवित जन्म में नहीं हुआ हो? Did you have any pregnancies that terminated in 2017 or earlier that did not result in a live birth?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 252														
251	2017 में या उससे पहले अखिरी गर्भ की समाप्ति कब हुई? When did the last such pregnancy that terminated in 2017 or earlier end?	MONTH ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> YEAR ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
252	<p>आपका पिछला मासिक धर्म कब शुरू हुआ था ? When did your last menstrual period start?</p> <p>_____</p> <p>(DATE, IF GIVEN)</p> <p>IF LESS THAN 1 WEEK, RECORD DAYS; IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS; IF LESS THAN 1 YEAR, RECORD MONTHS.</p>	<p>DAYS AGO ..... 1</p> <p>WEEKS AGO ..... 2</p> <p>MONTHS AGO ..... 3</p> <p>YEARS AGO ..... 4</p> <p>HAS HAD HYSTERECTOMY ..... 993</p> <p>IN MENOPAUSE ..... 994</p> <p>BEFORE LAST BIRTH ..... 995</p> <p>NEVER MENSTRUATED ..... 996</p>	<p>256</p> <p>255</p>
253	<p>CHECK 252:</p> <p>LAST MENSTRUAL PERIOD &gt;6 MONTHS AGO <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/></p>		259
254	<p>CHECK 227:</p> <p>NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/></p> <p>PREGNANT <input type="checkbox"/></p>		259
255	<p>कुछ महिलाएं गर्भाशय निकालने हेतु ऑपरेशन करवाती हैं। क्या आपने कोई ऐसा ऑपरेशन करवाया है? Some women undergo an operation to remove the uterus. Have you undergone such an operation?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	259
256	<p>आपने कितने साल पहले यह ऑपरेशन [हिस्टरेक्टमी] करवाया था? How many years ago was this operation [hysterectomy] performed?</p> <p>IF LESS THAN 1 YEAR AGO, RECORD '00'.</p>	<p>YEARS AGO ..... <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>	
257	<p>यह ऑपरेशन [हिस्टरेक्टमी] कहाँ पर करवाया गया था? Where was this operation [hysterectomy] performed?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>HEALTH &amp; WELLNESS CENTRE ..... 15</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p><b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ..... 11</p> <p>GOVT. DISPENSARY ..... 12</p> <p>UHC/UHP/UFWC ..... 13</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC ..... 14</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... 15</p> <p>HEALTH &amp; WELLNESS CENTRE ..... 16</p> <p>SUB-CENTRE ..... 17</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... 18</p> <p>CAMP ..... 19</p> <p><b>OTHER PUBLIC SECTOR</b></p> <p>HEALTH FACILITY ..... 20</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ..... 21</p> <p><b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSPITAL ..... 31</p> <p>PVT. DOCTOR/CLINIC ..... 32</p> <p>PVT. MOBILE CLINIC ..... 33</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH FACILITY ..... 34</p> <p><b>OTHER</b> ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>	
258	<p>किस कारण से यह ऑपरेशन करवाया गया था? कोई अन्य कारण ?</p> <p>Why was this operation performed? Any other reason?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>EXCESSIVE MENSTRUAL BLEEDING AND/OR PAIN ..... A</p> <p>FIBROIDS/CYSTS ..... B</p> <p>UTERINE RUPTURE ..... C</p> <p>CANCER ..... D</p> <p>UTERINE PROLAPSE ..... E</p> <p>SEVERE POST-PARTUM HAEMORRHAGE ..... F</p> <p>CERVICAL DISCHARGE ..... G</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p>	
259	<p>CHECK 252:</p> <p>NEVER MENSTRUATED <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/></p>		268
260	<p>CHECK 110:</p> <p>AGE 15-24 <input type="checkbox"/></p> <p>AGE 25 OR MORE <input type="checkbox"/></p>		268

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
261	जब आपका पहला मासिक धर्म शुरू हुआ, तब आपकी उम्र क्या थी? How old were you when you had your first monthly period?	AGE IN COMPLETED YEARS <input type="text"/>	
262	मासिक धर्म के दौरान खून के दाग से बचने के लिए महिलाएं विभिन्न तरीके अपनाती हैं। क्या आप कुछ प्रयोग करती हैं, यदि हां तो क्या? कुछ और? Women use different methods of protection during their menstrual period to prevent bloodstains from becoming evident. What do you use for protection, if anything? Anything else?  RECORD ALL MENTIONED.	REUSABLE SANITARY PADS ..... A DISPOSABLE SANITARY PADS ..... B TAMPONS ..... C MENSTRUAL CUP ..... D CLOTH ..... E TOILET PAPER ..... F COTTON WOOL ..... G UNDERWEAR ONLY ..... H OTHER ..... X (SPECIFY) NOTHING ..... Y	
263	आपकी पिछली माहवारी के दौरान माहवारी के खून को इकट्ठा या सोखने के लिए आपने किस चीज का प्रयोग किया था? और कुछ? During your last menstrual period, what did you use to collect or absorb your menstrual blood?  Anything else?  RECORD ALL MENTIONED. FOLLOW SKIP OF HIGHER METHOD.	REUSABLE SANITARY PADS ..... A DISPOSABLE SANITARY PADS ..... B TAMPONS ..... C MENSTRUAL CUP ..... D CLOTH ..... E TOILET PAPER ..... F COTTON WOOL ..... G UNDERWEAR ONLY ..... H OTHER ..... X (SPECIFY) NOTHING ..... Y	265
264	आपने सुरक्षित माहवारी के लिए उपयोग की जाने वाली वस्तुएं कहाँ से प्राप्त की/खरीदी थी ?  From where did you receive/buy the item of safe menstrual protection ?	GOVERNMENT SCHEME ..... 1 PUBLIC HEALTH FACILITY ..... 2 ANM/ASHA/AWW ..... 3 PRIVATE CHEMIST SHOF ..... 4 PRIVATE GROCERY SHOP ..... 5 SELF HELP GROUP (SHG) ..... 6 NGO ..... 7 OTHER ..... 96 (SPECIFY)	
265	क्या सुरक्षित माहवारी के लिए उपयोग की जाने वाली वस्तुएं प्राप्त करने में पिछली माहवारी के दौरान आपको किसी बाधा का सामना करना पड़ा ? Did you face any barriers in obtaining safe menstrual protection product during the last menstrual period?	YES ..... 1 NO ..... 2	268
266	आपको किन बाधाओं का सामना करना पड़ा? What are the barriers that you faced?	DID NOT HAVE ENOUGH MONEY TO BUY THE PRODUCT ..... A FEAR OF BEING JUDGED OR SHAMED ..... B DEPEND ON OTHERS TO GET THE PRODUCT ..... C OTHER ..... X (SPECIFY)	
267	पिछली माहवारी के दौरान, जब आप घर में थीं तब क्या आप एकान्त में धो और बदल पाईं? During your last menstrual period, were you able to wash and change in privacy while at home?	YES ..... 1 NO ..... 2 AWAY FROM HOME DURING LAST MENSTRUAL PERIOD ..... 3	
268	एक मासिक धर्म से अगले मासिक धर्म के दौरान क्या कुछ ऐसे दिन होते हैं जिनमें यदि महिला यौन संबंध रखती है तो उसके गर्भवती होने की संभावना अधिक रहती है?  From one menstrual period to the next, are there certain days when a woman is more likely to become pregnant if she has sexual relations?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	301
269	क्या यह समय मासिक धर्म शुरू होने के ठीक पहले, मासिक धर्म के दौरान, मासिक धर्म बंद होने के ठीक बाद, या दो मासिक धर्मों के बिल्कुल बीच में होता है?  Is this time just before her period begins, during her period, right after her period has ended, or halfway between two periods?	JUST BEFORE HER PERIOD BEGINS ..... 1 DURING HER PERIOD ..... 2 RIGHT AFTER HER PERIOD HAS ENDED ..... 3 HALFWAY BETWEEN TWO PERIODS ..... 4 OTHER ..... 6 (SPECIFY) DON'T KNOW ..... 8	

SECTION 3A. MARRIAGE AND COHABITATION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP				
301	आपकी वर्तमान वैवाहिक स्थिति क्या है? What is your current marital status?	CURRENTLY MARRIED ..... 1 MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED ..... 2 WIDOWED ..... 3 DIVORCED ..... 4 SEPARATED ..... 5 DESERTED ..... 6 NEVER MARRIED ..... 7 LIVE-IN RELATIONSHIP ..... 8	→ 305 → 307 → 314				
302	क्या आपके पति आपके साथ रह रहे हैं, या वे कहीं और रह रहे हैं? Is your husband living with you now, or is he staying elsewhere?	LIVING WITH HER ..... 1 STAYING ELSEWHERE ..... 2	→ 304				
303	कितने समय से आप और आपके पति एक साथ नहीं रह रहे हैं? For how long have you and your husband not been living together?  IF LESS THAN 1 YEAR, RECORD MONTHS; OTHERWISE RECORD COMPLETED YEARS.	MONTHS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> YEARS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
304	RECORD THE HUSBAND'S NAME AND LINE NUMBER FROM THE HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE. IF HE IS NOT LISTED IN THE HOUSEHOLD, RECORD '00' IN THE BOXES FOR LINE NUMBER.	NAME ..... LINE NO. .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
305	आपके अलावा, क्या आपके पति की और भी पत्नियाँ हैं? Besides yourself, does your husband have other wives?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	→ 307				
306	आपको मिलाकर, आपके पति की कुल कितनी पत्नियाँ हैं? Including yourself, in total, how many wives does he have?	NUMBER OF WIVES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> DON'T KNOW ..... 8					
307	क्या आपका विवाह एक या एक से अधिक बार हुआ है? Have you been married once or more than once?	ONLY ONCE ..... 1 MORE THAN ONCE ..... 2	→ 308A				
308	आपका विवाह किस महीने और साल में हुआ था? In what month and year did you get married?	MONTH ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> DON'T KNOW MONTH ..... 98					
308A	अब मैं आपसे पूछना चाहूँगी कि जब आपका आपके पहले पति से विवाह हुआ था वह कौन-सा महीना और साल था? Now I would like to ask about when you married your first husband. In what month and year was that?	YEAR ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DON'T KNOW YEAR ..... 9998					→ 310
309	जब (पहली बार) आपका विवाह हुआ था, तब आपकी आयु कितनी थी? How old were you when you (first) got married?	AGE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
310	आपने जिनसे विवाह किया, वह निर्णय मुख्यतः किसका था ? Who was the primary person to decide whom you married?	SELF ..... 1 JOINTLY WITH PARENTS ..... 2 JOINTLY WITH OTHERS ..... 3 PARENT ..... 4 OTHER FAMILY MEMBERS ..... 5 OTHER ..... 6 (SPECIFY)	→ 311				

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
310A	क्या विवाह से पहले आपसे इस बारे में चर्चा हुई थी ? Was this discussed with you before marriage?	YES ..... 1 NO ..... 2	
310B	क्या आप इस फैसले से सहमत थीं ? Did you agree with the decision ?	YES ..... 1 NO ..... 2	
311	CHECK 301: MARITAL STATUS  CODE '2' CIRCLED <input type="checkbox"/>  CODE '2' NOT CIRCLED <input type="checkbox"/>		→ 314
312	CHECK 307:  MARRIED ONLY ONCE <input type="checkbox"/>  a. आपने अपने पति के साथ कौन से महीने और साल से रहना शुरू किया था?  In what month and year did you start living with your husband?  MARRIED MORE THAN ONCE <input type="checkbox"/>  b. अब मैं आपसे यह पूछना चाहूंगी कि जब आपने अपने पहले पति के साथ रहना शुरू किया, वह कौन-सा महीना और साल था?  Now I would like to ask about when you started living with your first husband. In what month and year was that?	MONTH ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  DON'T KNOW MONTH ..... 98  YEAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  DON'T KNOW YEAR ..... 9998	→ 315
313	आपने उनके साथ जब पहली बार रहना शुरू किया तब आपकी आयु कितनी थी? How old were you when you first started living with him?	AGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 315
314	CHECK FOR THE PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.  अब मैं आपसे पारिवारिक जीवन संबंधी मुद्दों को ठीक से समझने के लिए लैंगिक जीवन के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी। मैं आपको फिर से विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रखे जायेंगे और किसी को नहीं बतायें जायेंगे। अगर आप फिर भी उत्तर नहीं देना चाहें तो मुझे बतायें, मैं अगले प्रश्न पर चली जाऊँगी।  क्या आपने कभी संभोग किया है?  Now I need to ask you some questions about sexual life in order to gain a better understanding of some family life issues. Let me assure you again that your answers are completely confidential and will not be told to anyone. If you do not want to answer, just let me know and I will skip to the next question.  Have you ever had sexual intercourse?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 316
315	CHECK FOR THE PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.  (अब मैं आपसे पारिवारिक जीवन संबंधी मुद्दों को ठीक से समझने के लिए लैंगिक जीवन के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी। मैं आपको फिर से विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रखे जायेंगे और किसी को नहीं बतायें जायेंगे। अगर आप फिर भी उत्तर नहीं देना चाहें तो मुझे बतायें, मैं अगले प्रश्न पर चली जाऊँगी।)  जब आपने सबसे पहली बार संभोग किया तब आपकी आयु कितनी थी?  (Now I need to ask you some questions about sexual life in order to gain a better understanding of some family life issues. Let me assure you again that your answers are completely confidential and will not be told to anyone. If you do not want to answer, just let me know and I will skip to the next question.)  How old were you when you had sexual intercourse for the very first time?	NEVER HAD SEXUAL INTERCOURSE ..... 00  AGE IN YEARS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  FIRST TIME WHEN STARTED LIVING WITH (FIRST) HUSBAND ..... 95	

SECTION 3B. CONTRACEPTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
316	<p>अब मैं आपसे परिवार नियोजन के बारे में बात करना चाहूँगी - ऐसे बहुत से तरीके या साधन हैं जिन्हें दम्पति गर्भधारण टालने या रोकने के लिए इस्तेमाल कर सकते हैं। क्या आपने कभी (METHOD) के बारे में सुना है?</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. Have you ever heard of (METHOD)?</p>		
01	<p>स्त्री नसबंदी PROBE: और अधिक बच्चों के जन्म को रोकने के लिए स्त्रियाँ ऑपरेशन करा सकती हैं। FEMALE STERILIZATION PROBE: Women can have an operation to avoid having any more children.</p>	<p>YES ..... 1 NO ..... 2</p>	
02	<p>पुरुष नसबंदी PROBE: और अधिक बच्चों के जन्म को रोकने के लिए पुरुष ऑपरेशन करा सकते हैं। MALE STERILIZATION PROBE: Men can have an operation to avoid having any more children.</p>	<p>YES ..... 1 NO ..... 2</p>	
03	<p>आई यू सी डी/पी पी आई यू सी डी PROBE: स्त्रियाँ डॉक्टर या नर्स से अपनी योनि में आई यू डी या लूप लगवा सकती हैं, जो एक या अधिक वर्षों तक गर्भधारण को रोक सकता है। IUCD/PPIUCD PROBE: Women can have a loop or coil placed inside them by a doctor or a nurse which can prevent pregnancy for one or more years.</p>	<p>YES ..... 1 NO ..... 2</p>	
04	<p>गर्भनिरोधक इंजेक्शन/अंतरा PROBE: स्त्रियाँ स्वास्थ्य प्रदानकर्ता (डॉक्टर, नर्स इत्यादि) से इंजेक्शन लगवा सकती हैं जो उन्हें एक या अधिक महीनों के लिए गर्भवती होने से रोक सकता है। INJECTABLES/ANTARA PROBE: Women can have an injection by a health provider that stops them from becoming pregnant for one or more months.</p>	<p>YES ..... 1 NO ..... 2</p>	
05	<p>प्रत्यारोपण PROBE: एक डॉक्टर या नर्स द्वारा महिला की ऊपरी बांह में एक या एक से अधिक छोटी छड़ें रखी जा सकती हैं जो एक या अधिक वर्ष तक गर्भधारण को रोक सकती हैं। IMPLANTS PROBE: Women can have one or more small rods placed in their upper arm by a doctor or nurse which can prevent pregnancy for one or more years.</p>	<p>YES ..... 1 NO ..... 2</p>	
06	<p>दैनिक गर्भनिरोधक गोली PROBE: स्त्रियाँ गर्भधारण को टालने के लिए एक गोली प्रतिदिन ले सकती हैं। DAILY PILLS PROBE: Women can take a pill every day to avoid becoming pregnant.</p>	<p>YES ..... 1 NO ..... 2</p>	
07	<p>साप्ताहिक गर्भनिरोधक गोली PROBE: स्त्रियाँ गर्भधारण को टालने के लिए एक गोली प्रत्येक सप्ताह ले सकती हैं। WEEKLY PILLS PROBE: Women can take a pill once a week to avoid becoming pregnant.</p>	<p>YES ..... 1 NO ..... 2</p>	



SECTION 3B. CONTRACEPTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
08	<p>कंडोम या निरोध PROBE: पुरुष संभोग के पहले अपने लिंग पर रबड़ का आवरण लगा सकते हैं।</p> <p>CONDOM OR NIRODH</p> <p>PROBE: Men can put a rubber sheath on their penis before sexual intercourse.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
09	<p>स्त्री कंडोम PROBE: स्त्री संभोग के पहले अपनी योनि में रबड़ का आवरण रख सकती हैं।</p> <p>FEMALE CONDOM</p> <p>PROBE: Women can place a sheath in their vagina before sexual intercourse.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
10	<p>आपातकालीन गर्भनिरोधक PROBE: असुरक्षित सम्भोग होने के बाद स्त्रियां गर्भधारण को टालने के लिए तीन दिन के अंदर गर्भनिरोधक गोली ले सकती हैं।</p> <p>EMERGENCY CONTRACEPTION</p> <p>PROBE: As an emergency measure, within 3 days after they have unprotected sexual intercourse, women can take special pills to prevent pregnancy.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
11	<p>मानक दिन विधि PROBE: स्त्रियां रंगीन मनकों वाली डोरी का इस्तेमाल उन दिनों को जानने के लिए करती हैं जब वे गर्भवती हो सकती हैं। जिन दिनों वे गर्भवती हो सकती हैं, उन दिनों में वे कंडोम [निरोध] का इस्तेमाल करती हैं या संभोग नहीं करती हैं।</p> <p>STANDARD DAYS METHOD</p> <p>PROBE: A woman uses a string of colored beads to know the days she can get pregnant. On the days she can get pregnant, she uses a condom or does not have sexual intercourse.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
12	<p>लैक्टेशनल अमेनोरिया विधि [LAM] PROBE: प्रसव के छह महीने तक, मासिक धर्म की अवधि वापस आने से पहले, एक स्त्री दिन और रात (बारम्बार) स्तनपान कराने की विधि का उपयोग करती है।</p> <p>LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD (LAM)</p> <p>PROBE: Up to 6 months after childbirth, before the menstrual period has returned, women use a method requiring frequent breastfeeding day and night.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
13	<p>सुरक्षित काल पद्धति PROBE: प्रत्येक महीने में जब स्त्री 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 गर्भधारण को टाल सकती है।</p> <p>RHYTHM METHOD</p> <p>PROBE: To avoid pregnancy, women do not have sexual intercourse on the days of the month they think they can get pregnant.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
14	<p>अधःपतन यानि विदोषावत PROBE: पुरुष चरमोत्कर्ष (वीर्य आने) के पहले सावधानी पूर्वक लिंग को बाहर निकाल लेता है।</p> <p>WITHDRAWAL</p> <p>PROBE: Men can be careful and pull out before climax.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
15	<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, MODERN METHOD ..... A</p> <p>_____(SPECIFY)_____</p> <p>YES, TRADITIONAL METHOD ..... B</p> <p>_____(SPECIFY)_____</p> <p>NO ..... Y</p>	

**SECTION 3B. CONTRACEPTION**

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
316A	CHECK 314 AND 315: HAS NOT HAD SEXUAL INTERCOURSE <input type="checkbox"/> (314 = '2' OR 315 = '00')	HAS HAD SEXUAL INTERCOURSE <input type="checkbox"/>	→ 358
317	CHECK 227: NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/>	PREGNANT <input type="checkbox"/>	→ 343
318	क्या आप या आपका साथी इस समय गर्भधारण टालने या रोकने के लिए कुछ कर रहे हैं या किसी तरीके का उपयोग कर रहे हैं? Are you or your partner currently doing something or using any method to delay or avoid getting pregnant?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 322
319	क्या आप या आपके साथी की नसबंदी हुई है? PROBE: आप दोनों में से किसकी नसबंदी हुई है? Are you or your partner sterilized? PROBE: Who is sterilized, you or your partner?	YES, RESPONDENT STERILIZED ONLY ..... 1 YES, PARTNER STERILIZED ONLY ..... 2 YES, BOTH STERILIZED ..... 3 NO, NEITHER STERILIZED ..... 4	→ 321
320	CHECK 319: RESPONDENT STERILIZED ONLY <input type="checkbox"/> PROCEED TO 322. CIRCLE CODE 'A' AND FOLLOW THE SKIP INSTRUCTION.	PARTNER STERILIZED ONLY <input type="checkbox"/> PROCEED TO 322. CIRCLE CODE 'B' AND FOLLOW THE SKIP INSTRUCTION.	BOTH STERILIZED <input type="checkbox"/> PROCEED TO 322. CIRCLE CODE 'A' AND CODE 'B' AND FOLLOW THE SKIP INSTRUCTION.
321	बस जाँच करने के लिए, क्या आप या आपका साथी गर्भावस्था से बचने के लिए निम्न में से कोई भी कर रहे हैं: जानबूझकर निश्चित दिन पर सेक्स से परहेज करना, कंडोम का उपयोग करना, अधःपतन यानि विदझावल का उपयोग करना या आपातकालीन गर्भनिरोधक का उपयोग करना। Just to check, are you or your partner doing any of the following to avoid pregnancy: deliberately avoiding sex on certain days, using a condom, using withdrawal, or using emergency contraception.	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 343
322	आप कौन-से तरीके का उपयोग कर रही हैं? Which method are you using?  RECORD ALL MENTIONED.  IF MORE THAN ONE METHOD MENTIONED, FOLLOW SKIP INSTRUCTION FOR HIGHEST METHOD IN LIST.	FEMALE STERILIZATION ..... A MALE STERILIZATION ..... B IUCD/PPIUCD ..... C INJECTABLE/ANTAR..... D IMPLANT ..... E DAILY PILL ..... F WEEKLY PILL ..... G CONDOM ..... H FEMALE CONDOM ..... I EMERGENCY CONTRACEPTION ..... J STANDARD DAYS METHOD ..... K LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD ..... L RHYTHM METHOD ..... M WITHDRAWAL ..... N OTHER MODERN METHOD ..... X OTHER TRADITIONAL METHOD ..... Y	→ 327 → 334 → 339 → 325 → 326 → 339
323	अब मैं आपको दो तस्वीरें दिखाने जा रही हूँ। कृपया उस चित्र की ओर इंगित करें जो पिछली बार आपके द्वारा इंजेक्शन प्राप्त करने के समय उपयोग किए गए चित्र से सबसे अच्छा मेल खाता हो। Now I'm going to show you two pictures. Please point to the picture that best matches what was used the last time you received your injectable. SHOW IMAGES OF SAYANA PRESS AND REGULAR SYRINGE.	DMPA-SC/ANTARA/SAYANA PRESS ..... 1 NEEDLE AND SYRINGE ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	→ 339

324	<p>पिछली बार जब आपने अपना इंजेक्शन प्राप्त किया था, क्या आपने डीएमपीए-एससी/अंतरा/सयाना प्रेस को स्वयं लिया (इंजेक्ट) या किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने यह सुई आपको लगाई ?</p> <p>The last time you received your injectable, did you inject DMPA-SC/ANTARA/Sayana Press yourself or did a healthcare provider do it for you?</p>	<p>SELF-INJECTION ..... 1</p> <p>INJECTION GIVEN BY HEALTH CARE PROVIDER ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>→ 339</p>
325	<p>आपके द्वारा उपयोग की जा रही गोलीयों का ब्रांड नाम क्या है?</p> <p>What is the brand name of the pills you are using?</p> <p>IF DON'T KNOW THE BRAND, ASK TO SEE THE PACKAGE.</p>	<p>BRAND A ..... 1</p> <p>BRAND B ..... 2</p> <p>BRAND C ..... 3</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>	<p>→ 339</p>
326	<p>आप जिस कंडोम का उपयोग कर रहे हैं उसका ब्रांड नाम क्या है?</p> <p>What is the brand name of the condoms you are using?</p> <p>IF DON'T KNOW THE BRAND, ASK TO SEE THE PACKAGE.</p>	<p>BRAND A ..... 1</p> <p>BRAND B ..... 2</p> <p>BRAND C ..... 3</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>	<p>→ 339</p>
327	<p>नसबंदी कहाँ पर हुई थी?</p> <p>In what facility did the sterilization take place?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC, PRIVATE, OR NGO SECTOR, RECORD '96' AND WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p>	<p><b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVERNMENT HOSPITAL ..... 11</p> <p>GOVERNMENT HEALTH CENTER ..... 12</p> <p>FAMILY PLANNING CLINIC ..... 13</p> <p>MOBILE CLINIC ..... 14</p> <p>GOVERNMENT AYUSH HOSPITAL ..... 15</p> <p>OTHER PUBLIC SECTOR ..... 16</p> <p>(SPECIFY)</p> <p><b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b></p> <p>PRIVATE HOSPITAL ..... 21</p> <p>PRIVATE CLINIC ..... 22</p> <p>PRIVATE DOCTOR'S OFFICE ..... 23</p> <p>MOBILE CLINIC ..... 24</p> <p>PRIVATE AYUSH HOSPITAL ..... 25</p> <p>OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR ..... 26</p> <p>(SPECIFY)</p> <p><b>NGO HEALTH SECTOR</b></p> <p>NGO HOSPITAL ..... 31</p> <p>NGO CLINIC ..... 32</p> <p>OTHER NGO MEDICAL SECTOR ..... 36</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>	

327A	CHECK 322 : RESPONDENT STERILIZED CODE A RECORDED <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CODE B RECORDED <input type="checkbox"/>		→ 334
328	आपके नसबंदी ऑपरेशन के पहले क्या आपको स्वास्थ्यकर्मी द्वारा यह बताया गया था कि इस ऑपरेशन के कारण आपको कोई (और) बच्चा नहीं हो पाएगा? Before your sterilization operation, were you told by a healthcare provider that you would not be able to have any (more) children because of the operation?	YES ..... 1 NO ..... 2	
329	ऑपरेशन के दौरान और उसके तुरंत बाद, आप को मिली देखभाल को आप किस श्रेणी में रखना चाहेंगे: बहुत अच्छी, ठीक-ठाक, इतनी अच्छी नहीं या खराब? How would you rate the care you received during and immediately after the operation: very good, all right, not so good, or bad?	VERY GOOD ..... 1 ALL RIGHT ..... 2 NOT SO GOOD ..... 3 BAD ..... 4	
330	कोई परामर्श जो आपने लिया हो उसको शामिल करते हुए नसबंदी के लिए आपने कुल कितना खर्च किया था? How much did you pay in total for the sterilization, including any consultation you may have had?	AMOUNT Rs. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FREE ..... 99995 DON'T KNOW ..... 99998	
331	क्या आपको नसबंदी के लिए कोई अनुपूरक राशि प्राप्त हुई ? Did you receive any compensation for the sterilization?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 333
332	आपको कितनी अनुपूरक राशि प्राप्त हुई ? How much compensation did you receive?	AMOUNT .. Rs. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 99998	
333	क्या आपको इस बात का अफसोस है कि आपने नसबंदी करा ली? Do you regret that you had the sterilization?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 338
334	CHECK 215 AND 322 ANY CHILD BELOW 3 YEARS AND USING IUCD/PPIUCD <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		→ 339
335	क्या आपको आई यू सी डी/पी पी आई यू सी डी (IUCD/PPIUCD) इस्तेमाल करने के लिए अनुपूरक राशि मिली थी? Did you receive incentive for use of the IUCD/PPIUCD?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 337
336	आपको कितनी अनुपूरक राशि मिली थी ? How much incentive did you receive?	AMOUNT .. Rs. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 99998	

337	<p>क्या प्रसव के 48 घंटे के भीतर आपको आई यू सी डी/पी पी आई यू सी डी लगा दी गई थी?</p> <p>Was your IUCD/PPIUCD inserted within 48 hours following childbirth?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	<input type="checkbox"/> → 339												
338	<p>नसबंदी कौन-से महीने और साल में कराई गई थी?</p> <p>In what month and year was the sterilization performed?</p>	<p>MONTH ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>YEAR ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>													<input type="checkbox"/> → 340
339	<p>आपने (CURRENT METHOD) का इस्तेमाल लगातार कौन-से महीने और साल से शुरू किया?</p> <p>PROBE: इस समय आप (CURRENT METHOD) का इस्तेमाल बिना बंद किए हुए, कितने समय से कर रही हैं?</p> <p>Since what month and year have you been using (CURRENT METHOD) without stopping?</p> <p>PROBE: For how long have you been using (CURRENT METHOD) now without stopping?</p>	<p>MONTH ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>YEAR ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>													
340	<p>अब मैं आपसे पूछना चाहूंगी कि पहली बार जब आपने गर्भवती होने से बचने के लिए कुछ किया या कोई तरीका अपनाया, उस समय आपके कितने जीवित बच्चे थे, यदि कोई थे?</p> <p>Now I would like to ask you about the first time that you did something or used a method to avoid getting pregnant. How many living children did you have at that time, if any?</p>	<p>NUMBER OF CHILDREN ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p>													
341	<p>CHECK 338 AND 339, AND 208 AND 232: ANY LIVE BIRTH, STILLBIRTH, MISSCARRIAGE OR ABORTION AFTER MONTH AND YEAR OF START OF USE OF CONTRACEPTION IN 338 OR 339?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>NO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>YES</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> </div> </div> <p style="text-align: center;">GO BACK TO 338 OR 339, PROBE AND RECORD MONTH AND YEAR AT START OF CONTINUOUS USE OF CURRENT METHOD (MUST BE AFTER LAST BIRTH OR PREGNANCY TERMINATION).</p>														

**SECTION 3B. CONTRACEPTION (PAPER OPTION) (8)**

342	<p>CHECK 338 AND 339:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p align="center">YEAR IS 2018-2023 </p> <p><b>C</b> ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN THE CALENDAR AND IN EACH MONTH BACK TO THE DATE STARTED USING.</p> <p align="center">THEN CONTINUE </p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p align="center">YEAR IS 2017 OR EARLIER </p> <p><b>C</b> ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN THE CALENDAR AND EACH MONTH BACK TO JANUARY 2018</p> <p align="center">THEN </p> <p align="center">(SKIP TO 356) ←</p> </div> </div>
343	<p>मैं आपसे पिछले कुछ वर्षों के दौरान आप या आपके पति द्वारा गर्भधारण को टालने के लिए इस्तेमाल की गई विधि के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी।</p> <p>I would like to ask you some questions about the times you or your partner may have used a method to avoid getting pregnant during the last few years.</p> <p>USE CALENDAR TO PROBE FOR EARLIER PERIODS OF USE AND NONUSE, STARTING WITH MOST RECENT USE, BACK TO JANUARY 2018. USE NAMES OF CHILDREN, DATES OF BIRTH, AND PERIODS OF PREGNANCY AS REFERENCE POINTS.</p> <p><b>C</b> IN <b>COLUMN 1</b>, ENTER METHOD USE CODE OR '0' FOR NONUSE IN EACH BLANK MONTH.</p> <p>ILLUSTRATIVE QUESTIONS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. आखिरी बार आपने विधि का इस्तेमाल कब किया था? वह कौन-सी विधि थी? When was the last time you used a method? Which method was that?</li> <li>b. इस विधि का इस्तेमाल करना कब शुरू किया था? (NAME) के जन्म के कितने समय बाद? When did you start using that method? How long after the birth of (NAME)?</li> <li>c. उस समय आपने कितने समय तक विधि का इस्तेमाल किया था? How long did you use the method then?</li> </ol> <p><b>C</b> IN <b>COLUMN 2</b>, ENTER CODES FOR DISCONTINUATION NEXT TO THE LAST MONTH OF USE. NUMBER OF CODES IN COLUMN 2 MUST BE SAME AS NUMBER OF INTERRUPTIONS OF METHOD USE IN COLUMN 1.</p> <p>ASK WHY SHE STOPPED USING THE METHOD. IF A PREGNANCY FOLLOWED, ASK WHETHER SHE BECAME PREGNANT UNINTENTIONALLY WHILE USING THE METHOD OR DELIBERATELY STOPPED TO GET PREGNANT.</p> <p>ILLUSTRATIVE QUESTIONS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>d. आपने (METHOD) का इस्तेमाल क्यों बंद किया? क्या (METHOD) का इस्तेमाल करने के दौरान आप गर्भवती हुई थी, क्या आपने गर्भवती होने के लिए विधि का इस्तेमाल करना बंद कर दिया था या आपने कुछ दूसरे कारणों से इस्तेमाल करना बंद कर दिया था?  Why did you stop using the (METHOD)? Did you become pregnant while using (METHOD), or did you stop to get pregnant, or did you stop for some other reason?</li> <li>e. (METHOD) का इस्तेमाल बंद करने के बाद आपको गर्भधारण में कितने महीने लगे?  IF DELIBERATELY STOPPED TO BECOME PREGNANT, ASK: How many months did it take you to get pregnant after you stopped using (METHOD)? AND ENTER '0' IN EACH SUCH MONTH IN COLUMN 1.</li> </ol>

SECTION 3B. CONTRACEPTION (CAPI OPTION) (8)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
342	<p>CHECK 338 AND 339:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p align="center">YEAR IS 2018-2023 <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN THE CALENDAR AND IN EACH MONTH BACK TO THE DATE STARTED USING.</p> <p align="center">THEN CONTINUE ↓</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p align="center">YEAR IS 2017 OR EARLIER <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN THE CALENDAR AND EACH MONTH BACK TO JANUARY 2017</p> <p align="center">THEN ↓ (SKIP TO 356) ←</p> </div> </div>		
343	<p>I would like to ask you some questions about the times you or your partner may have used a method to avoid getting pregnant during the last few years.</p> <p><b>C</b> USE CALENDAR TO PROBE FOR EARLIER PERIODS OF USE AND NONUSE, STARTING WITH MOST RECENT USE, BACK TO JANUARY 2018. USE NAMES OF CHILDREN, DATES OF BIRTH, AND PERIODS OF PREGNANCY AS REFERENCE POINTS.</p>		
343A	MONTH AND YEAR OF START OF INTERVAL OF USE OR NON-USE.	<p>MONTH ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>YEAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
343B	Between (EVENT) in (MONTH/YEAR) and (EVENT) in (MONTH/YEAR), did you or your partner use any method of contraception?	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 343 I
343C	Which method was that?	METHOD CODE ..... <input type="text"/>	
343D	How many months after (EVENT) in (MONTH/YEAR) did you start to use (METHOD)?	IMMEDIATELY ..... 00	→ 343 F
	CIRCLE '95' IF RESPONDENT GIVES THE DATE OF STARTING TO USE THE METHOD.	MONTHS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
		DATE GIVEN ..... 95	
343E	RECORD MONTH AND YEAR RESPONDENT STARTED USING METHOD.	<p>MONTH ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>YEAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
343F	For how many months did you use (METHOD)?	MONTHS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 343 H
	CIRCLE '95' IF RESPONDENT GIVES THE DATE OF TERMINATION OF USE.	DATE GIVEN ..... 95	
343G	RECORD MONTH AND YEAR RESPONDENT STOPPED USING METHOD.	<p>MONTH ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>YEAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
343H	Why did you stop using (METHOD)?	REASON STOPPED ..... <input type="text"/>	
343I	GO BACK TO 343A FOR NEXT GAP; OR, IF NO MORE GAPS, GO TO 344.		

**SECTION 3B. CONTRACEPTION**

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
344	<p>क्या आपने पिछले 12 महीनों में आपातकालीन गर्भनिरोधक का इस्तेमाल किया है? यानी क्या आपने गर्भावस्था को रोकने के लिए असुरक्षित संभोग करने के बाद 3 दिनों के भीतर विशेष गोलियां ली हैं?</p> <p>Have you used emergency contraception in the last 12 months? That is, have you taken special pills within 3 days after having unprotected sexual intercourse to prevent pregnancy?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 346
345	<p>आपको आपातकालीन गर्भनिरोधक कहाँ से मिली? कहीं और से?</p> <p>Where did you get the emergency contraception? Anywhere else?</p>	<p><b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ..... A</p> <p>AYUSH ..... B</p> <p>GOVT. DISPENSARY ..... C</p> <p>UHC/UHP/UFWC ..... D</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL/BLOCK PHC ..... E</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... F</p> <p>HEALTH AND WELLNESS CENTRE ..... G</p> <p>SUB-CENTRE/ANM ..... H</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... I</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... J</p> <p>ASHA ..... K</p> <p>OTHER COMMUNITY-BASED WORKER ..... L</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... M</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ..... N</p> <p><b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSPITAL ..... O</p> <p>PVT. DOCTOR/CLINIC ..... P</p> <p>PVT. MOBILE CLINIC ..... Q</p> <p>AYUSH ..... R</p> <p>TRADITIONAL HEALER ..... S</p> <p>PHARMACY/DRUGSTORE ..... T</p> <p>DAI (TBA) ..... U</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... V</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>SHOP ..... W</p> <p>FRIEND/RELATIVE ..... Y</p> <p>OTHER ..... X</p> <p align="center">(SPECIFY)</p>	
346	<p>CHECK THE CALENDAR FOR USE OF ANY CONTRACEPTIVE METHOD IN ANY MONTH</p> <p>NO METHOD USED <input type="checkbox"/> ANY METHOD USED <input type="checkbox"/></p>		→ 348
347	<p>क्या आपने गर्भवती होने में देरी करने या बचने के लिए कभी किसी चीज का इस्तेमाल किया है या किसी तरह की कोशिश की है?</p> <p>Have you ever used anything or tried in any way to delay or avoid getting pregnant?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 358
348	<p>CHECK 322:</p> <p>CIRCLE METHOD CODE:</p> <p>IF MORE THAN ONE METHOD CODE CIRCLED IN 322, CIRCLE CODE FOR HIGHEST METHOD IN LIST.</p>	<p>NO CODE CIRCLED ..... 00</p> <p>FEMALE STERILIZATION ..... 01</p> <p>MALE STERILIZATION ..... 02</p> <p>IUCD/PPIUCD ..... 03</p> <p>INJECTABLES ..... 04</p> <p>IMPLANTS ..... 05</p> <p>DAILY PILL ..... 06</p> <p>WEEKLY PILL ..... 07</p> <p>CONDOM ..... 08</p> <p>FEMALE CONDOM ..... 09</p> <p>EMERGENCY CONTRACEPTION ..... 10</p> <p>STANDARD DAYS METHOD ..... 11</p> <p>LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD ..... 12</p> <p>RHYTHM METHOD ..... 13</p> <p>WITHDRAWAL ..... 14</p> <p>OTHER MODERN METHOD ..... 95</p> <p>OTHER TRADITIONAL METHOD ..... 96</p>	<p>→ 358</p> <p>→ 351</p> <p>→ 360</p> <p>→ 360</p> <p>→ 360</p>



349	<p>आपने पहली बार (CURRENT METHOD) वर्तमान विधि (DATE FROM 339) का उपयोग शुरू किया था। उस समय कहाँ से मिला?</p> <p>You first started using (CURRENT METHOD) in (DATE FROM 339). Where did you get it at that time?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC, PRIVATE, OR NGO SECTOR, RECORD '96' AND WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p>	<p><b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVERNMENT HOSPITAL ..... 11</p> <p>GOVERNMENT HEALTH CENTER ..... 12</p> <p>FAMILY PLANNING CLINIC ..... 13</p> <p>MOBILE CLINIC ..... 14</p> <p>COMMUNITY HEALTH WORKER/ FIELDWORKER ..... 15</p> <p>OTHER PUBLIC SECTOR ..... 16</p> <p>_____ (SPECIFY)</p> <p><b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b></p> <p>PRIVATE HOSPITAL ..... 21</p> <p>PRIVATE CLINIC ..... 22</p> <p>PHARMACY ..... 23</p> <p>PRIVATE DOCTOR ..... 24</p> <p>MOBILE CLINIC ..... 25</p> <p>COMMUNITY HEALTH WORKER/ FIELDWORKER ..... 26</p> <p>OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR ..... 27</p> <p>_____ (SPECIFY)</p> <p><b>NGO HEALTH SECTOR</b></p> <p>NGO HOSPITAL ..... 31</p> <p>NGO CLINIC ..... 32</p> <p>OTHER NGO MEDICAL SECTOR ..... 36</p> <p>_____ (SPECIFY)</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>SHOP ..... 41</p> <p>FRIEND/RELATIVE ..... 42</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>_____ (SPECIFY)</p>	
350	<p>क्या उस समय आपको इस विधि से हो सकने वाले दुष्प्रभाव या समस्याओं के बारे में बताया गया था?</p> <p>At that time, were you told about side effects or problems you might have with the method?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	<div>→ 352</div>
351	<p>जब आपकी नसबंदी हुई थी, तब आपको इस विधि से हो सकने वाले दुष्प्रभाव या समस्याओं के बारे में बताया गया था?</p> <p>When you got sterilized, were you told about side effects or problems you might have with the method?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
352	<p>क्या आपको बताया गया था कि यदि इस विधि के इस्तेमाल से किसी दुष्प्रभाव या समस्या का अनुभव हुआ तो आपको क्या करना चाहिए?</p> <p>Were you told what to do if you experienced side effects or problems?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
353	<p>उस समय, क्या आपको परिवार नियोजन के अन्य तरीकों के बारे में बताया गया था जिनका आप उपयोग कर सकते हैं?</p> <p>At that time, were you told about other methods of family planning that you could use?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	

[illegible]

358	क्या आपको किसी ऐसी जगह की जानकारी है जहां से आप परिवार नियोजन की विधि प्राप्त कर सकती हैं? Do you know of a place where you can obtain a method of family planning?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 360
359	वह कौन-सी जगह है? कोई अन्य जगह? Where is that? Any other place?	<b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ..... A AYUSH ..... B GOVT. DISPENSARY ..... C UHC/UHP/UFWC ..... D CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC ..... E PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... F HEALTH AND WELLNESS CENTRE ..... G SUB-CENTRE/ANM ..... H GOVT. MOBILE CLINIC ..... I CAMP ..... J ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... K ASHA ..... L OTHER COMMUNITY- BASED WORKER ..... M OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... N NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ..... O <b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b> PVT. HOSPITAL ..... P PVT. DOCTOR/CLINIC ..... Q PVT. MOBILE CLINIC ..... R AYUSH ..... S <b>OTHER SOURCE</b> SHOP ..... T FRIEND/RELATIVE ..... U OTHER ..... X (SPECIFY)	
360	पिछले 12 महीनों में, क्या कोई सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आपसे मिलने आये थे? In the last 12 months, were you visited by any community health worker?	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 363
361	आपसे कौन मिला? कोई अन्य? Who visited you? Anyone else? RECORD ALL MENTIONED	ANM ..... A AWW ..... B ASHA ..... C MPW ..... D LHV ..... E OTHER ..... X (SPECIFY)	
362	क्या स्वास्थ्यकर्मी ने आपसे परिवार नियोजन के बारे में बात की? Did the community health worker talk to you about family planning?	YES ..... 1 NO ..... 2	
363	CHECK 202: CHILDREN LIVING WITH RESPONDENT <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>YES <input type="checkbox"/></p> <p>a. पिछले 12 महीनों में, क्या आप अपने या अपने बच्चों के देखभाल के लिए स्वास्थ्य केंद्र गए हैं? In the last 12 months, have you visited a health facility for care for yourself or your children?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>b. पिछले 12 महीनों में, क्या आप अपनी देखभाल के लिए स्वास्थ्य केंद्र गए हैं? In the last 12 months, have you visited a health facility for care for yourself?</p> </div> </div>	YES ..... 1 NO ..... 2	→ 401

364	<p>सबसे हाल ही में आप अपने (या अपने बच्चों के) लिए किस प्रकार की स्वास्थ्य सुविधा में गई थीं?</p> <p>What type of health facility did you visit most recently for yourself (or for your children)?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S).</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p><b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ..... 11</p> <p>AYUSH ..... 12</p> <p>GOVT. DISPENSARY ..... 13</p> <p>UHC/UHP/UFWC ..... 14</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL/</p> <p>BLOCK PHC ..... 15</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... 16</p> <p>HEALTH AND WELLNESS CENTRE ..... 17</p> <p>SUB-CENTRE ..... 18</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... 19</p> <p>CAMP ..... 20</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... 21</p> <p>OTHER PUBLIC SECTOR</p> <p>HEALTH FACILITY ..... 22</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ..... 31</p> <p><b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSPITAL/CLINIC ..... 41</p> <p>PVT. MOBILE CLINIC ..... 42</p> <p>AYUSH ..... 43</p> <p>PHARMACY/DRUGSTORE ..... 44</p> <p>OTHER PRIVATE SECTOR</p> <p>HEALTH FACILITY ..... 45</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>	
365	<p>क्या स्वास्थ्य सुविधा के किसी स्टाफ सदस्य ने आपसे परिवार नियोजन के बारे में बात की?</p> <p>Did any staff member at the health facility speak to you about family planning methods?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
366	<p>क्या किसी स्टाफ सदस्य ने आपके साथ दुर्व्यवहार किया, दूसरे शब्दों में आपके साथ बुरा व्यवहार किया या आपसे बुरी तरह बात की?</p> <p>Did any staff member mistreat you, in other words treat you or speak with you badly?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	

## SECTION 4. PREGNANCY, DELIVERY, POSTNATAL CARE AND CHILDREN'S NUTRITION

401	CHECK 224: ONE OR MORE BIRTHS <input type="checkbox"/> IN JANUARY 2018 OR LATER NO BIRTHS <input type="checkbox"/> IN JANUARY 2018 OR LATER				501
402	ENTER IN THE TABLE BELOW THE LINE NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN JANUARY 2018 OR LATER. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. (IF THERE ARE MORE THAN 3 BIRTHS, USE LAST 2 COLUMNS OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRES). अब मैं आपसे पिछले पांच वर्षों में जन्में आपके सभी बच्चों के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। (हम प्रत्येक बच्चे के बारे में अलग से बातचीत करेंगे)। Now I would like to ask you some questions about your children born in the last five years. (We will talk about each child separately.)				
	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	
404	FROM 212 AND 216	NAME <input type="text"/> LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/>	NAME <input type="text"/> LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/>	NAME <input type="text"/> LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/>	
405	आप (NAME) के समय जब गर्भवती हुई, क्या उस समय आप गर्भवती होना चाहती थीं? When you got pregnant with (NAME), did you want to get pregnant at that time?	YES ..... 1 (SKIP TO 408) ← NO ..... 2	YES ..... 1 (SKIP TO 444) ← NO ..... 2	YES ..... 1 (SKIP TO 444) ← NO ..... 2	
406	CHECK 208: ONLY <input type="checkbox"/> ONE BIRTH MORE <input type="checkbox"/> THAN ONE BIRTH a. क्या आप बच्चा बाद में चाहती थीं या कोई बच्चा नहीं चाहती थीं? Did you want to have a baby later on, or did you not want any children? b. क्या आप बच्चा बाद में चाहती थीं या कोई और बच्चा नहीं चाहती थीं? Did you want to have a baby later on, or did you not want any more children?	LATER ..... 1 NO MORE ..... 2 (SKIP TO 408) ←	LATER ..... 1 NO MORE ..... 2 (SKIP TO 444) ←	LATER ..... 1 NO MORE ..... 2 (SKIP TO 444) ←	
407	आप और कितने समय तक इंतजार करना चाहती थीं? How much longer did you want to wait?	MONTHS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 998	MONTHS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 998	MONTHS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 998	
408	जब आपको गर्भधारण का पता चला, उस समय आप कितने महीनों की गर्भवती थीं? How many months pregnant were you when you came to know about the pregnancy?	MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T REMEMBER ..... 98			
409	क्या आपने गर्भधारण को सुनिश्चित करने के लिए किसी गर्भधारण जाँच किट का प्रयोग किया? Did you use a pregnancy testing kit to confirm this pregnancy?	YES ..... 1 NO ..... 2			
410	क्या इस गर्भावस्था का पंजीकरण हुआ था? Was this pregnancy registered?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 414) ←			
411	गर्भावस्था के किस महीने में आपने पंजीकरण करवाया? How many months pregnant were you when you registered?	MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T REMEMBER ..... 98			
412	आपने पंजीकरण किससे करवाया? With whom did you register?	ANM ..... 1 ASHA ..... 2 AWW ..... 3 OTHER ..... 6			
413	क्या पंजीकरण के पश्चात् आपने मातृत्व एवं बाल सुरक्षा कार्ड प्राप्त किया? Did you receive a Mother and Child Protection (MCP) Card after registration?	YES ..... 1 NO ..... 2			
414	इस गर्भावस्था के दौरान क्या आपने किसी से प्रसवपूर्व देखभाल करवायी? Did you see anyone for antenatal care for this pregnancy?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 423) ←			

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER .....	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER .....	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER ....
415	<p>आपने किससे जाँच करायी? कोई अन्य?</p> <p>Whom did you see? Anyone else?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY EACH TYPE OF PERSON. RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p><b>HEALTH PERSONNEL</b></p> <p>DOCTOR ..... A</p> <p>ANM/NURSE/MID- WIFE/LHV ..... B</p> <p><b>OTHER HEALTH PERSONNEL</b></p> <p>DAI/TRADITIONAL BIRTH ATTEN- DANT ..... C</p> <p>COMMUNITY/ VILLAGE HEALTH WORKER ..... D</p> <p>ANGANWADI/ICDS WORKER ..... E</p> <p>ASHA ..... F</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p>		
416	<p>इस गर्भावस्था के लिए आपको प्रसवपूर्व देखभाल कहाँ पर मिली? कोई अन्य स्थान?</p> <p>Where did you receive antenatal care for this pregnancy? Any other place?</p> <p>RECORD ALL PLACES MENTIONED.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF</p> <p>A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S).</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p><b>HOME</b></p> <p>YOUR HOME ..... A</p> <p>PARENTS' HOME ..... B</p> <p>OTHER HOME ..... C</p> <p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNIC.</p> <p>HOSPITAL ..... D</p> <p>GOVT. DISP. .... E</p> <p>UHC/UHP/UFWC ..... F</p> <p>CHC/RUR. HOSP./ BLOCK PHC ..... G</p> <p>PHC/ADD. PHC/FHC ..... H</p> <p>HEALTH AND WELLNESS CENTER ... I</p> <p>SUB-CENTRE ..... J</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... K</p> <p>VILLAGE CLINIC BY ANM ..... L</p> <p>OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY ..... M</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... N</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC ..... O</p> <p>OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY ..... P</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p>		
417	<p>इस गर्भावस्था के लिए जब आपको पहली बार प्रसवपूर्व देखभाल मिली, तब आप कितने हफ्तों या महीने से गर्भवती थीं?</p> <p>How many weeks or months pregnant were you when you first received antenatal care for this pregnancy?</p>	<p>WEEKS ..... 1</p> <p>MONTHS ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>		
418	<p>इस गर्भावस्था के दौरान आपको कितनी बार प्रसवपूर्व देखभाल मिली?</p> <p>How many times did you receive antenatal care during this pregnancy?</p>	<p>NUMBER OF TIMES ..... </p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER
419	<p>इस गर्भावस्था के दौरान आपकी प्रसवपूर्व देखभाल के समय, क्या इनमें से कोई भी कम से कम एक बार किया गया था:</p> <p>As part of your antenatal care during this pregnancy, were any of the following done at least once:</p> <p>a. क्या आपका वजन लिया गया था? Were you weighed?</p> <p>b. क्या आपका बी पी / रक्तचाप नापा गया था? Was your blood pressure measured?</p> <p>c. क्या आपने पेशाब का नमूना दिया था? Did you give a urine sample?</p> <p>d. क्या जाँच के लिए खून का नमूना लिया गया? Was a sample of your blood taken for testing?</p> <p>e. क्या आपके पेट के निचले हिस्से की जाँच की गयी? Was your abdomen examined?</p> <p>f. क्या बच्चे के दिल की धड़कन को सुना? Listen to baby's heartbeat?</p> <p>g. क्या आपसे बात की, आपको कौन से खाद्य पदार्थ खाने चाहिए? Talk to you about which foods you should eat?</p>	<p>YES NO</p> <p>WEIGHED ..... 1 2</p> <p>BP ..... 1 2</p> <p>URINE ..... 1 2</p> <p>BLOOD ..... 1 2</p> <p>ABDOMEN ..... 1 2</p> <p>BABY'S HEARTBEAT 1 2</p> <p>FOOD TO EAT 1 2</p>		
420	<p>आपकी (किसी भी) प्रसवपूर्व देखभाल के दौरान, क्या आपको गर्भावस्था की जटिलता के इन लक्षणों के बारे में बताया गया था:</p> <p>During (any of) your antenatal care visit(s), were you told 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> <p>d. तीव्र (ज्यादा) पेट दर्द? Severe abdominal pain?</p> <p>e. उच्च बी पी / रक्तचाप? High blood pressure?</p>	<p>YES NO</p> <p>BLEEDING ..... 1 2</p> <p>CONVULSIONS ..... 1 2</p> <p>PROLONGED LABOUR ..... 1 2</p> <p>ABDOMINAL PAIN ..... 1 2</p> <p>HIGH BLOOD PRESSURE ..... 1 2</p>		
421	<p>क्या आपको यह बताया गया था कि गर्भावस्था की जटिलता की स्थिति में आपको कहाँ जाना है?</p> <p>Were you told where to go if you had any pregnancy complications?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>		
422	<p>क्या (NAME) के पिता आपकी (किसी भी) प्रसवपूर्व देखभाल के दौरान मौजूद थे?</p> <p>Was (NAME's) father present during (any of) your antenatal visit(s)?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>		
423	<p>इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको आपकी बांह में एक टीका [इंजेक्शन] लगा था जो बच्चे को जन्म के बाद टेटनस यानि ऐंठन से बचाने के लिए होता है?</p> <p>During this pregnancy, were you given an injection in the arm to prevent the baby from getting tetanus, that is, convulsions after birth?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 426) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>		
424	<p>इस गर्भावस्था के दौरान आपको कितनी बार टेटनस का टीका [इंजेक्शन] लगाया गया था?</p> <p>During this pregnancy, how many times did you get a tetanus injection?</p> <p>IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.</p>	<p>TIMES ..... <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER .....	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER .....	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER ....
425	CHECK 424:	2 OR MORE TIMES <input type="checkbox"/> (SKIP TO 429)	OTHER <input type="checkbox"/>	
426	इस गर्भावस्था के पहले किसी समय, क्या आपको कोई टेटनस का टीका [इंजेक्शन] लगाया गया था?  At any time before this pregnancy, did you receive any tetanus injections?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 429) ← DON'T KNOW ..... 8		
427	इस गर्भावस्था के पूर्व, आपको टेटनस का टीका कितनी बार लगवाया गया?  Before this pregnancy, how many times did you receive a tetanus injection?  IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	TIMES ..... <input type="text"/>  DON'T KNOW ..... 8		
428	इस गर्भावस्था के कितने वर्ष पहले आपको आखिरी टेटनस का टीका [इंजेक्शन] लगाया गया था?  How many years ago did you receive the last tetanus injection before this pregnancy?	YEARS AGO ..... <input type="text"/>		
429	इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको आयरन फोलिक एसिड गोलिएँ या सीरप दी गई थी या आपने खरीदी थी?  During this pregnancy, were you given or did you buy any iron folic acid tablets or syrup? SHOW TABLETS/SYRUP.	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 431) ← DON'T KNOW ..... 8		
430	पूरी गर्भावस्था के दौरान, आपने कितने दिनों तक गोलिएँ या सीरप ली थी?  During the whole pregnancy, for how many days did you take the tablets or syrup?  IF ANSWER IS NOT NUMERIC, PROBE FOR APPROXIMATE NUMBER OF DAYS.	NO. OF DAYS <input type="text"/>  DON'T KNOW ..... 998		
431	इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपने अपनी आंत/पेट के कीड़े के लिए कोई दवा ली थी?  During this pregnancy, did you take any drug for intestinal worms?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8		
432	इस गर्भावस्था के दौरान क्या आपने मच्छरदाजी का नियमित रूप से कभी-कभी या कभी नहीं इस्तेमाल किया था?  During this pregnancy, did you use a mosquito net regularly, sometimes or never?	REGULARLY ..... 1 SOMETIMES ..... 2 NEVER ..... 3		
433	इस गर्भावस्था के दौरान क्या आपको दिन के उजाले में देखने में कोई परेशानी हुई?  During this pregnancy, did you have difficulty with your vision during daylight?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8		
434	इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको एंठन हुई थी जो बुखार से संबंधित नहीं थी?  During this pregnancy, did you have convulsions not from fever?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8		
435	इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपके पैर, शरीर या चेहरे पर सूजन आई थी?  During this pregnancy, did you have swelling of the legs, body or face?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8		



	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER .....	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER .....	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER ....
436	<p>इस गर्भावस्था के दौरान क्या आपको आंगनवाड़ी केन्द्र से कोई अनुपूरक आहार मिला था?</p> <p>Did you receive any supplementary nutrition from the <i>anganwadi</i> centre during this pregnancy?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 438) ←</p>		
437	<p>इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको आंगनवाड़ी केन्द्र से अनुपूरक आहार हमेशा मिल जाता था?</p> <p>During this pregnancy, were you always able to get the supplementary nutrition from the <i>anganwadi</i> centre?</p>	<p>YES, ALWAYS ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>		
438	<p>इस गर्भावस्था के आखिरी तीन महीनों में क्या आपकी किसी ए एन एम, एल एच वी, आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता या किसी अन्य सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता से मुलाकात हुई?</p> <p>During the last three months of this pregnancy, did you meet with an ANM, Lady Health Visitor (LHV), ASHA, <i>anganwadi</i> worker, or other community health worker?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 441) ←</p>		
439	<p>इन (लोगों) से, आप कहाँ पर मिलीं?</p> <p>Where did you meet this/these person(s)?</p>	<p>HOME ONLY ..... 1</p> <p>ELSEWHERE ONLY ..... 2</p> <p>BOTH HOME AND ELSEWHERE ..... 3</p>		
440	<p>इस गर्भावस्था के अंतिम तीन महीनों के दौरान किसी भी मुलाकात के समय क्या आपको इन विषयों पर कम से कम एक बार सलाह मिली थी:</p> <p>During any of these meetings in the last three months of this pregnancy, did you receive advice on the following at least once:</p> <p>YES NO</p> <p>a. संस्थागत प्रसव की महत्ता? The importance of institutional delivery? INSTITUTIONAL DELIVERY ..... 1 2</p> <p>b. नाल की देखभाल? Cord care? CORD CARE ..... 1 2</p> <p>c. प्रसव के तत्काल बाद स्तनपान की शुरुआत? Early initiation of breastfeeding EARLY INITIATION OF BREASTFEED ..... 1 2</p> <p>d. शिशु को गरम रखना? Keeping the baby warm? BABY WARM ..... 1 2</p> <p>e. परिवार नियोजन या एक और गर्भधारण को टालना या रोकना? Family planning or delaying or avoiding another pregnancy? FAMILY PLANNING ..... 1 2</p>			
441	<p>प्रसव के दौरान, क्या बच्चा पैर की तरफ से बाहर आया था?</p> <p>During delivery, did you experience a breech presentation?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>		
442	<p>प्रसव के दौरान, क्या आपने लम्बी प्रसव पीड़ा का अनुभव किया था?</p> <p>During delivery, did you experience prolonged labour?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>		
443	<p>प्रसव के दौरान, क्या आपको अत्यधिक रक्तस्राव का अनुभव हुआ था?</p> <p>During delivery, did you experience excessive bleeding?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER
444	जब (NAME) का जन्म हुआ तो वह कैसा/कैसी था/थी: बहुत बड़ा/बड़ी, सामान्य से बड़ा/बड़ी, सामान्य, सामान्य से छोटा/छोटी या बहुत छोटा/छोटी?  When (NAME) was born, was (he/she) very large, larger than average, average, smaller than average, or very small?	VERY LARGE ..... 1 LARGER THAN AVERAGE ..... 2 AVERAGE ..... 3 SMALLER THAN AVERAGE ..... 4 VERY SMALL ..... 5 DON'T KNOW ..... 8	VERY LARGE ..... 1 LARGER THAN AVERAGE ..... 2 AVERAGE ..... 3 SMALLER THAN AVERAGE ..... 4 VERY SMALL ..... 5 DON'T KNOW ..... 8	VERY LARGE ..... 1 LARGER THAN AVERAGE ..... 2 AVERAGE ..... 3 SMALLER THAN AVERAGE ..... 4 VERY SMALL ..... 5 DON'T KNOW ..... 8
445	क्या (NAME) के जन्म के समय उसका वजन लिया गया था?  Was (NAME) weighed at birth?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 447) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 447) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 447) ← DON'T KNOW ..... 8
446	(NAME) का वजन कितना था? How much did (NAME) weigh?  COPY BIRTH WEIGHT IN KILOGRAMS FROM HEALTH CARD, IF AVAILABLE.	KG FROM CARD 1 [ ] . [ ] [ ] [ ]  KG FROM RECALL 2 [ ] . [ ] [ ] [ ]  DON'T KNOW ..... 99998	KG FROM CARD 1 [ ] . [ ] [ ] [ ]  KG FROM RECALL 2 [ ] . [ ] [ ] [ ]  DON'T KNOW ..... 99998	KG FROM CARD 1 [ ] . [ ] [ ] [ ]  KG FROM RECALL 2 [ ] . [ ] [ ] [ ]  DON'T KNOW ..... 99998
447	(NAME) के प्रसव के समय किसने आपकी सहायता की थी? कोई और?  Who assisted with the delivery of (NAME)? Anyone else?  PROBE FOR THE TYPE OF PERSON. RECORD ALL PERSONS ASSISTING. IF RESPONDENT SAYS NO ONE ASSISTED, PROBE TO DETERMINE WHETHER ANY ADULTS WERE PRESENT DURING THE DELIVERY.	<b>HEALTH PERSONNEL</b> DOCTOR ..... A  ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV ..... B OTHER HEALTH PERSONNEL ..... C AYUSH PRACTITIONER ..... D <b>OTHER PERSON</b> DAI (TBA) ..... E FRIEND/RELATIVE ..... F  OTHER ..... X (SPECIFY) NO ONE ..... Y	<b>HEALTH PERSONNEL</b> DOCTOR ..... A  ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV ..... B OTHER HEALTH PERSONNEL ..... C AYUSH PRACTITIONER ..... D <b>OTHER PERSON</b> DAI (TBA) ..... E FRIEND/RELATIVE ..... F  OTHER ..... X (SPECIFY) NO ONE ..... Y	<b>HEALTH PERSONNEL</b> DOCTOR ..... A  ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV ..... B OTHER HEALTH PERSONNEL ..... C AYUSH PRACTITIONER ..... D <b>OTHER PERSON</b> DAI (TBA) ..... E FRIEND/RELATIVE ..... F  OTHER ..... X (SPECIFY) NO ONE ..... Y
448	(NAME) का जन्म कहाँ हुआ था?  Where did you give birth to (NAME)?  IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.           (NAME OF FACILITY/PLACE)	<b>HOME</b> YOUR HOME ..... 11 (SKIP TO 465) ← PARENTS' HOME ..... 12 OTHER HOME ..... 13 (SKIP TO 465) ←  <b>PUB. HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNIC. HOSPITAL ..... 21 GOVT. DISP. .... 22 UHC/UHP/UFWC ..... 23 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ..... 24 PHC/ADD. PHC/FHC ..... 25 HEALTH AND WELLNESS CENTER ..... 26 SUB-CENTRE ..... 27 GOVT. AYUSH HOSPITAL ..... 28 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ..... 29  NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... 31  <b>PVT. HEALTH SECTOR</b> PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC ..... 41 PRIVATE AYUSH HOSPITAL ..... 42 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY ..... 43 OTHER ..... 96 (SPECIFY) (SKIP TO 465) ←	<b>HOME</b> YOUR HOME ..... 11 (SKIP TO 465) ← PARENTS' HOME ..... 12 OTHER HOME ..... 13 (SKIP TO 465) ←  <b>PUB. HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNIC. HOSPITAL ..... 21 GOVT. DISP. .... 22 UHC/UHP/UFWC ..... 23 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ..... 24 PHC/ADD. PHC ..... 25 HEALTH AND WELLNESS CENTER ..... 26 SUB-CENTRE ..... 27 GOVT. AYUSH HOSPITAL ..... 28 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ..... 29  NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... 31  <b>PVT. HEALTH SECTOR</b> PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC ..... 41 PRIVATE AYUSH HOSPITAL ..... 42 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY ..... 43 OTHER ..... 96 (SPECIFY) (SKIP TO 465) ←	<b>HOME</b> YOUR HOME ..... 11 (SKIP TO 465) ← PARENTS' HOME ..... 12 OTHER HOME ..... 13 (SKIP TO 465) ←  <b>PUB. HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNIC. HOSPITAL ..... 21 GOVT. DISP. .... 22 UHC/UHP/UFWC ..... 23 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ..... 24 PHC/ADD. PHC ..... 25 HEALTH AND WELLNESS CENTER ..... 26 SUB-CENTRE ..... 27 GOVT. AYUSH HOSPITAL ..... 28 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ..... 29  NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... 31  <b>PVT. HEALTH SECTOR</b> PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC ..... 41 PRIVATE AYUSH HOSPITAL ..... 42 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY ..... 43 OTHER ..... 96 (SPECIFY) (SKIP TO 465) ←

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER
449	<p>प्रसव हेतु स्वास्थ्य केन्द्र जाने के लिए, आपने यातायात के कौन से 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>	<p>GOVERNMENT AMBULANCE ..... 1</p> <p>OTHER AMBULANCE ..... 2</p> <p>JEEP/CAR ..... 3</p> <p>MOTORCYCLE/ SCOOTER ..... 4</p> <p>BUS/TRAIN ..... 5</p> <p>TEMPO/AUTO/TRACTOR .... 6</p> <p>CART ..... 7</p> <p>ON FOOT ..... 8</p> <p>(SKIP TO 452) ←</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>SPECIFY</p>		
450	<p>प्रसव हेतु स्वास्थ्य केन्द्र 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>	<p>DOCTOR ..... A</p> <p>ANM ..... B</p> <p>HEALTH WORKER ..... C</p> <p>ANGANWADI WORKER ..... D</p> <p>ASHA ..... E</p> <p>PANCHAYATI RAJ INSTITUTION (PRI) MEMBER ..... F</p> <p>NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATION (NGO) .... G</p> <p>COMMUNITY BASED ORGANIZATION (CBO) .... H</p> <p>HUSBAND ..... I</p> <p>MOTHER-IN-LAW ..... J</p> <p>MOTHER ..... K</p> <p>RELATIVES/FRIENDS ..... L</p> <p>SELF ..... M</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>SPECIFY</p>		
451	<p>आपने यातायात के लिए कितना खर्च किया?</p> <p>How much did you spend for transportation?</p> <p>IF NO MONEY PAID, RECORD '00000'</p>	<p>Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 99998</p>		
452	<p>प्रसव के लिए, निम्नलिखित पर कितना खर्चा आया?</p> <p>How much did you spend during delivery on:</p> <p>IF NO MONEY PAID, RECORD '00000'</p> <p>a. अस्पताल में रहने का? Hospital stay?</p> <p>b. जाँच का? Tests done?</p> <p>c. दवाई का? Medicines?</p> <p>d. अन्य खर्च? Other costs?</p>	<p>a. .... Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . 99998</p> <p>b. .... Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . 99998</p> <p>c. .... Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . 99998</p> <p>d. .... Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . 99998</p>		
453	CHECK 452 a-d:	<p>ANY ARE '00000' OR '99998'</p> <p>↓</p> <p>OTHER</p> <p>↓</p> <p>GO TO 454A</p>		
454	<p>आपने इस प्रसव के लिए कितना खर्च किया?</p> <p>How much did you spend for this delivery?</p> <p>IF Rs. 100,000 OR MORE, RECORD '99995'</p>	<p>COST . Rs. <input type="text"/></p> <p>NO MONEY PAID ..... 00000</p> <p>(SKIP TO 457) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 99998</p>		
454A	<p>इस प्रसव (बीमा प्रतिपूर्ति आदि सहित) के लिए आपको किसी भी स्रोत से कितनी प्रतिपूर्ति मिली?</p> <p>How much did you get reimbursed from any source for this delivery (Insurance, reimbursement, etc.)?</p>	<p>COST . Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 99998</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER .....	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER .....	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER ....
455	CHECK 451, 452 a-d, AND 454:	ALL ARE '00000' OR '99998' OR BLANK ↓ GO TO 457 OTHER ↓		
456	आपने पैसे की व्यवस्था कैसे की? How was the expenditure met?  RECORD ALL MENTIONED.	BANK ACCOUNT/ SAVINGS ..... A BORROWED FROM FRIENDS/RELATIVES ..... B SELLING PROPERTY ..... C SELLING JEWELLERY ..... D INSURANCE ..... E LOAN FROM SHG/ FEDERATION ..... F OTHER ..... X (SPECIFY)		
457	प्रसव की देखभाल के लिए क्या आपको कोई आर्थिक सहायता मिली? Did you receive any financial assistance for delivery care?  (SKIP TO 461) ←	YES ..... 1 NO ..... 2		
458	आपको कहीं से आर्थिक सहायता प्राप्त हुई? From where did you get assistance?  RECORD ALL MENTIONED.	JANANI SURAKSHA YOJANA (JSY) ..... A OTHER GOVT. SCHEMES ..... B OTHER ..... X (SPECIFY) (SKIP TO 461) ←		
459	प्रसव के कितने दिनों बाद, JSY के तहत आपकी आर्थिक सहायता प्राप्त हुई? How many days after delivery did you receive the financial assistance under JSY? IF THE SAME DAY, RECORD '00'. IF 95 DAYS OR MORE, RECORD '95'.	DAYS ..... DON'T KNOW ..... 98		
460	आपको कुल कितनी धनराशि प्राप्त हुई? What was the total amount that you received?  DON'T KNOW ..... 99998	Rs. .... DON'T KNOW ..... 99998		
461	(NAME) के जन्म के बाद कितने समय तक आप स्वास्थ्य सुविधा में रही? How long after (NAME) was delivered did you stay in the health facility? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS ..... 1 DAYS ..... 2 WEEKS ..... 3 DON'T KNOW ..... 998		
462	क्या (NAME) का जन्म सीजेरियन ऑपरेशन से हुआ था, यानि क्या पेट का ऑपरेशन करके बच्चा निकाला गया था? Was (NAME) delivered by caesarean section, that is, did they cut your belly open to take the baby out?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 464) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 464) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 464) ←
463	यह निर्णय कब लिया गया की आपका सीजेरियन आपरेशन होगा? क्या प्रसव पीड़ा शुरू होने से पहले या प्रसव पीड़ा शुरू होने के बाद? When was the decision made for you to have a C-section? Was it before the onset of labour or after the onset of labour?	BEFORE ONSET OF LABOUR ..... 1 AFTER ONSET OF LABOUR ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	BEFORE ONSET OF LABOUR ..... 1 AFTER ONSET OF LABOUR ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	BEFORE ONSET OF LABOUR ..... 1 AFTER ONSET OF LABOUR ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
463A	सी-सेक्शन करने का निर्णय किसने लिया? Who took the decision to have a C-section?	SELF ..... A HUSBAND ..... B MOTHER-IN-LAW ..... C OTHER RELATIVE OR FRIEND ..... D DOCTOR ..... E OTHER ..... X (SPECIFY)	SELF ..... A HUSBAND ..... B MOTHER-IN-LAW ..... C OTHER RELATIVE OR FRIEND ..... D DOCTOR ..... E OTHER ..... X (SPECIFY)	SELF ..... A HUSBAND ..... B MOTHER-IN-LAW ..... C OTHER RELATIVE OR FRIEND ..... D DOCTOR ..... E OTHER ..... X (SPECIFY)

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER
463B	सी-सेक्शन डिलीवरी कराने के क्या कारण थे? कोई अन्य कारण ?  What were the reasons for having C-section delivery? Any other?	FEAR OF LABOUR PAIN ... A BREECH PRESENTATION ... B HYPERTENSION ... C DIABETES ... D PREVIOUS BIRTH WAS C-SECTION ... E PRIOR TRAUMATIC BIRTH ... F SAFER FOR BABY ... G CONVENIENCE IN SCHEDULING BIRTH ... H FAILURE TO PROGRESS ... I UMBILICAL CORD STUCK AROUND THE NECK ... J DOCTOR'S RECOMMENDATION ... K OTHER ... X (SPECIFY)	FEAR OF LABOUR PAIN A BREECH PRESENTATION B HYPERTENSION ... C DIABETES ... D PREVIOUS BIRTH WAS C-SECTION ... E PRIOR TRAUMATIC BIRTH F SAFER FOR BABY G CONVENIENCE IN SCHEDULING BIRTH H FAILURE TO PROGRESS I UMBILICAL CORD STUCK AROUND THE NE J DOCTOR'S RECOMMENDATION K OTHER ... X (SPECIFY)	FEAR OF LABOUR PAIN A BREECH PRESENTATION B HYPERTENSION ... C DIABETES ... D PREVIOUS BIRTH WAS C-SECTION ... E PRIOR TRAUMATIC BIRTH F SAFER FOR BABY G CONVENIENCE IN SCHEDULING BIRTH H FAILURE TO PROGRESS I UMBILICAL CORD STUCK AROUND THE NE( J DOCTOR'S RECOMMENDATION K OTHER ... X (SPECIFY)
464	क्या डॉक्टर, नर्स, या अन्य स्टाफ ने आपके साथ सम्मानपूर्वक व्यवहार किया - हर समय, कुछ समय, या बिल्कुल भी नहीं?  Did the doctors, nurses, or other staff at the facility treat you with respect all of the time, some of the time, or not at all ?	ALL OF THE TIME ..... 1 SOME OF THE TIME ..... 2 NOT AT ALL ..... 3	ALL OF THE TIME ..... 1 SOME OF THE TIME ... 2 NOT AT ALL ..... 3	ALL OF THE TIME ..... 1 SOME OF THE TIME ... 2 NOT AT ALL ..... 3
465	जन्म के बाद, क्या आपने (NAME) को छाती से लगाया था? After the birth, was (NAME) put on your chest?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO Q468) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO Q468) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO Q468) ← DON'T KNOW ..... 8
466	(NAME) की त्वचा आपकी त्वचा को छू रही थी? Was (NAME)'s bare skin touching your bare skin?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO Q468) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO Q468) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO Q468) ← DON'T KNOW ..... 8
467	जन्म के कितने समय बाद (NAME) को आपकी छाती पर रखा गया था- जब आपकी त्वचा उसकी त्वचा को छू रही थी? How long after birth was (NAME) put on the bare skin of your chest?  IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00' HOURS. IF LESS THAN 24 HOURS, RECORD HOURS. OTHERWISE, RECORD DAYS.	IMMEDIATELY ..... 000 HOURS ..... 1 DAYS ..... 2	IMMEDIATELY ..... 000 HOURS ..... 1 DAYS ..... 2	IMMEDIATELY ..... 000 HOURS ..... 1 DAYS ..... 2
468	CHECK 448: PLACE OF DELIVERY	11, 12, 13, OR 96 OTHER (SKIP TO 484)		
469	मैं आपके प्रसव के बाद आपके स्वास्थ्य की जांच के बारे में पूछना चाहूंगी, जैसे कि किसी ने आपके स्वास्थ्य के बारे में सवाल पूछे या आपकी जांच कि। जब आप स्वास्थ्य सुविधा/केन्द्र में थी तब क्या किसी ने आपके स्वास्थ्य की जांच की थी?  I would like to talk to you about checks on your health after delivery, for example, someone asking you questions about your health or examining you. Did anyone check on your health while you were still in the facility?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 472) ←		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER .....	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER .....	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER ....
470	<p>प्रसव के कितने समय के बाद आपकी पहली जांच हुई थी?</p> <p>How long after delivery did the first check take place?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS ..... 1</p> <p>DAYS ..... 2</p> <p>WEEKS ..... 3</p> <p>DON'T KNOW ..... 998</p>		
471	<p>उस समय आपके स्वास्थ्य की जांच किसने की थी?</p> <p>Who checked on your health at that time?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.</p>	<p><b>HEALTH PERSONNEL</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV ..... 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL ..... 13</p> <p><b>OTHER PERSON</b></p> <p>ASHA ..... 21</p> <p>DAI (TBA) ..... 22</p> <p>OTHER ..... 96 (SPECIFY)</p>		
472	<p>अब मैं प्रसव के बाद (NAME) के स्वास्थ्य की जांच के बारे में आपसे बात करना चाहती हूँ, उदाहरण के लिए, क्या कोई (NAME) की जांच कर रहा था, गर्भनाल की जांच, या देखने के लिए कि (NAME) ठीक है या नहीं।</p> <p>जब आप स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में हो थी तब क्या किसी ने (NAME) के/की स्वास्थ्य की जांच की थी?</p> <p>Now I would like to talk to you about checks on (NAME's) health after delivery, for example, someone examining (NAME), checking the cord, or seeing if (NAME) is okay.</p> <p>Did anyone check on (NAME's) health while you were still in the facility?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 475) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>		
473	<p>प्रसव के बाद (NAME) के स्वास्थ्य की पहली जांच कब हुई?</p> <p>How long after delivery was (NAME's) health first checked?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS ..... 1</p> <p>DAYS ..... 2</p> <p>WEEKS ..... 3</p> <p>DON'T KNOW ..... 998</p>		
474	<p>उस समय (NAME) के स्वास्थ्य की जांच किसने की थी?</p> <p>Who checked on (NAME's) health at that time?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON</p>	<p><b>HEALTH PERSONNEL</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV ..... 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL ..... 13</p> <p><b>OTHER PERSON</b></p> <p>ASHA ..... 21</p> <p>DAI (TBA) ..... 22</p> <p>OTHER ..... 96 (SPECIFY)</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER .... <input type="text"/> <input type="text"/>
475	<p>अब मैं आपसे इस बारे में बात करना चाहूँगी कि आपके स्वास्थ्य सुविधा छोड़ने के बाद क्या हुआ। जब आपने स्वास्थ्य सुविधा छोड़ी, क्या उसके बाद किसी ने आपके स्वास्थ्य की जाँच की?</p> <p>Now I would like to talk to you about what happened after you left the facility. Did anyone check on your health after you left the facility?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 479) ←</p>		
476	<p>प्रसव के कितने समय बाद, वह जाँच की गई?</p> <p>How long after delivery did that check take place?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS.</p> <p>IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAYS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>WEEKS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 998</p>		
477	<p>उस समय आपके स्वास्थ्य की जाँच किसने की?</p> <p>Who checked on your health at that time?</p>	<p><b>HEALTH PERSONNEL</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>MIDWIFE/LHV ..... 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL ..... 13</p> <p><b>OTHER PERSON</b></p> <p>ASHA ..... 21</p> <p>DAI (TBA) ..... 22</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
478	<p>जाँच कहाँ की गई थी ?</p> <p>Where did the check take place?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p><b>HOME</b></p> <p>YOUR HOME ..... 11</p> <p>PARENTS' HOME ..... 12</p> <p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNIC.</p> <p>HOSPITAL ..... 21</p> <p>GOVT. DISP. .... 22</p> <p>UHC/UHP/UFWC ..... 23</p> <p>CHC/RUR. HOSP/</p> <p>BLOCK PHC ..... 24</p> <p>PHC/ADD. PHC/FHC ..... 25</p> <p>HEALTH AND</p> <p>WELLNESS CENTER ... 26</p> <p>SUB-CENTRE ..... 27</p> <p>OTHER PUB.</p> <p>SECT. HEALTH</p> <p>FACILITY ..... 28</p> <p>NGO/TRUST HOSP./</p> <p>CLINIC ..... 31</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSP./</p> <p>MATERNITY</p> <p>HOME/CLINIC ..... 41</p> <p>OTHER PVT.</p> <p>SECT. HEALTH</p> <p>FACILITY ..... 42</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER
479	<p>अब मैं स्वास्थ्य सुविधा छोड़ने के बाद, (NAME) के स्वास्थ्य के लिए जाँच के बारे में आपसे बात करूँगी।</p> <p>स्वास्थ्य सुविधा छोड़ने के दो महीने के भीतर क्या किसी भी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या दाई ने (NAME) के स्वास्थ्य की जाँच की थी?</p> <p>I would like to talk to you about checks on (NAME)'s health after you left the facility.</p> <p>Did any health care provider or a traditional birth attendant check on (NAME)'s health in the two months after you left the facility?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 483) ←</p>		
480	<p>(NAME) के जन्म के कितने घंटे, दिन या सप्ताह बाद यह जाँच हुई?</p> <p>How many hours, days or weeks after the birth of (NAME) did that check take place?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS ..... 1</p> <p>DAYS ..... 2</p> <p>WEEKS ..... 3</p> <p>DON'T KNOW ..... 998</p>		
481	<p>उस समय (NAME) के स्वास्थ्य की जाँच किसने की थी?</p> <p>Who checked on (NAME)'s health at that time?</p>	<p><b>HEALTH PERSONNEL</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV ..... 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL ..... 13</p> <p><b>OTHER PERSON</b></p> <p>ASHA ..... 21</p> <p>DAI (TBA) ..... 22</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
482	<p>(NAME) की यह जाँच कहाँ हुई?</p> <p>Where did this check of (NAME) take place?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p><b>HOME</b></p> <p>YOUR HOME ..... 11</p> <p>PARENTS' HOME ..... 12</p> <p>OTHER HOME ..... 13</p> <p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNIC. HOSPITAL ..... 21</p> <p>GOVT. DISP. .... 22</p> <p>UHC/UHP/UFWC ..... 23</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ..... 24</p> <p>PHC/ADD. PHC/FHC ..... 25</p> <p>HEALTH AND WELLNESS CENTER ... 26</p> <p>SUB-CENTRE ..... 27</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ..... 28</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... 31</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC ..... 41</p> <p>OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY ..... 42</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
483	<p>आपको वहाँ से छुट्टी मिलने के बाद, दो महीनों के दौरान, क्या किसी स्वास्थ्य कर्मचारी, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आशा या दाई [TBA] ने आपके स्वास्थ्य की जाँच की थी?</p> <p>In the two months after you were discharged, did any health personnel, <i>anganwadi</i> worker, ASHA, or traditional birth attendant [<i>dai</i>] check on your health?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>(SKIP TO 487) ←</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 491) ←</p>		



	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER
484	<p>आपने अपना प्रसव स्वास्थ्य सुविधा में क्यों नहीं करवाया? PROBE: कोई अन्य कारण?</p> <p>Why didn't you deliver in a health facility? PROBE: Any other reason?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>COSTS TOO MUCH ..... A</p> <p>FACILITY NOT OPEN ..... B</p> <p>TOO FAR/ NO TRANSPORTATION ..... C</p> <p>DON'T TRUST FACILITY/POOR QUALITY SERVICE ..... D</p> <p>NO FEMALE PROVIDER AT FACILITY ..... E</p> <p>HUSBAND/FAMILY DID NOT ALLOW ..... F</p> <p>NOT NECESSARY ..... G</p> <p>NOT CUSTOMARY ..... H</p> <p>COVID-RELATED ..... I</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p>		
485	<p>(NAME) के जन्म के समय निम्नलिखित किया गया था:</p> <p>At the time of delivery of (NAME) were the following done:</p> <p>a. एक ही बार प्रयोग किये जाने वाले प्रसव किट, यानि डी डी के, का उपयोग किया गया था?</p> <p>Was a disposable delivery kit used?</p> <p>b. बच्चे को तुरंत कपड़े से पोछ कर सुखाया गया और नहलाए बिना, उसको लपेटा गया था?</p> <p>Was the baby immediately wiped dry and then wrapped without being bathed?</p> <p>c. नाल काटने के लिए साफ ब्लेड का प्रयोग किया गया था?</p> <p>Was a clean blade used to cut the cord?</p>	<p>YES NO DK</p> <p>DELIVERY</p> <p>KIT USED 1 2 8</p> <p>WIPE AND</p> <p>WRAP ... 1 2 8</p> <p>BLADE ..... 1 2 8</p>		
486	<p>(NAME) के जन्म के बाद मैं आपके स्वास्थ्य की जांच के बारे में पूछना चाहूंगी, जैसे कि किसी ने आपके स्वास्थ्य के बारे में सवाल पूछे या आपकी जांच कि। क्या किसी स्वास्थ्य कर्मचारी, आंगनवाड़ी कर्मचारी, आशा या दाई [TBA] ने आपके स्वास्थ्य की जांच की थी?</p> <p>I would like to talk to you about checks on your health after (NAME) was born, for example, someone asking you questions about your health or examining you. Did any health personnel, anganwadi worker, ASHA, or traditional birth attendant [dai] check on your health?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 491) ←</p>		
487	<p>प्रसव के कितने घंटे, दिनों या सप्ताह के बाद आपकी पहली जांच हुई थी?</p> <p>How many hours, days or weeks after delivery did the first check take place?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS.</p> <p>IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS ... 1</p> <p>DAYS ..... 2</p> <p>WEEKS ... 3</p> <p>DON'T KNOW ..... 998</p>		
488	<p>प्रसव के दस दिनों के भीतर कितनी बार जांच की गयी थी?</p> <p>How many checkups were done in the first 10 days after delivery?</p> <p>IF MORE THAN SEVEN, RECORD '7'.</p> <p>IF NONE, RECORD '0'.</p>	<p>NUMBER OF CHECK UPS ..... </p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER .... <input type="text"/> <input type="text"/>
489	<p>उस समय पहली बार, आपके स्वास्थ्य की जांच किसने की थी?</p> <p>Who checked on your health (the first time/at that time)?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.</p>	<p><b>HEALTH PERSONNEL</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV ..... 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL ..... 13</p> <p><b>OTHER PERSON</b></p> <p>ASHA ..... 21</p> <p>DAI (TBA) ..... 22</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
490	<p>यह पहली जांच कहाँ हुई थी?</p> <p>Where did this first check take place?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p><b>HOME</b></p> <p>YOUR HOME ..... 11</p> <p>PARENTS' HOME ..... 12</p> <p>OTHER HOME ..... 13</p> <p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNIC.</p> <p>HOSPITAL ..... 21</p> <p>GOVT. DISP. .... 22</p> <p>UHC/UHP/UFWC ..... 23</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ..... 24</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... 25</p> <p>HEALTH AND WELLNESS CENTER ... 26</p> <p>SUB-CENTRE ..... 27</p> <p>ANGANWADI/CDS CENTRE ..... 28</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ..... 29</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... 31</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC ..... 41</p> <p>OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY ..... 42</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
491	<p>अब मैं प्रसव के बाद (NAME) के स्वास्थ्य की जांच के बारे में आपसे बात करना चाहती हूँ, उदाहरण के लिए, क्या कोई (NAME) की जांच कर रहा था, गर्भनाल की जांच, या देखने के लिए कि (NAME) ठीक है या नहीं।</p> <p>(NAME) के जन्म के दो महीनों के अन्दर, क्या किसी स्वास्थ्य कर्मचारी, आशा, या दाई ने उसके/उसकी स्वास्थ्य की जांच की थी?</p> <p>I would like to talk to you about checks on (NAME's) health after delivery, for example, someone examining (NAME), checking the cord, or seeing if (NAME) is ok.</p> <p>In the two months after (NAME) was born, did any health personnel, ASHA or traditional birth attendant check on his/her health?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 495) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER .... <input type="text"/> <input type="text"/>
492	<p>(NAME) के जन्म के कितने घंटे, दिनों या सप्ताह के बाद पहली जांच हुई थी?</p> <p>How many hours, days or weeks after the birth of (NAME) did the first check take place?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HRS AFTER BIRTH ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAYS AFTER BIRTH ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>WKS AFTER BIRTH ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 998</p>		
493	<p>उस समय (NAME) के स्वास्थ्य की जांच किसने की थी?</p> <p>Who checked on (NAME)'s health at that time?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.</p>	<p><b>HEALTH PERSONNEL</b></p> <p>DOCTOR ..... 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV ..... 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL ..... 13</p> <p><b>OTHER PERSON</b></p> <p>ASHA ..... 21</p> <p>DAI (TBA) ..... 22</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
494	<p>(NAME) की यह पहली जांच कहाँ हुई थी?</p> <p>Where did this first check of (NAME) take place?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p><b>HOME</b></p> <p>YOUR HOME ..... 11</p> <p>PARENTS' HOME ..... 12</p> <p>OTHER HOME ..... 13</p> <p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNIC. HOSPITAL ..... 21</p> <p>GOVT. DISP. .... 22</p> <p>UHC/UHP/UFWC ..... 23</p> <p>CHC/RUR. HOSP./ BLOCK PHC ..... 24</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... 25</p> <p>HEALTH AND WELLNESS CENTER ... 26</p> <p>SUB-CENTRE ..... 27</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... 28</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ..... 29</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... 31</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC ..... 41</p> <p>OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY ..... 42</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER . . . . .	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER . . . . .	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER . . . . .
495	<p>प्रसव के बाद के दो महीनों में, क्या आपको:</p> <p>In the first two months after delivery, did you have:</p> <p>a. योनि से बहुत ज्यादा खून आया था? Massive vaginal bleeding?</p> <p>b. बहुत तेज बुखार आया था? Very high fever?</p>	<p>YES NO</p> <p>a) . . . . . 1 2</p> <p>b) . . . . . 1 2</p>		
496	<p>प्रसव के बाद, पहले दो महीनों में, क्या किसी स्वास्थ्यकर्मी ने आपको परिवार नियोजन या गर्भावस्था में देर करने या उसे टालने की सलाह दी थी?</p> <p>In the first two months after delivery, did any healthcare provider counsel you on family planning or delaying or avoiding pregnancy ?</p>	<p>YES . . . . . 1</p> <p>NO . . . . . 2</p>		
497	<p>(NAME) के जन्म के बाद पहले दो दिनों के दौरान, क्या किसी स्वास्थ्यकर्मी ने</p> <p>During the first two days after (NAME)'s birth, did any healthcare provider do the following:</p> <p>a. नाल (कॉर्ड) का परीक्षण? Examine the cord?</p> <p>b. (NAME) का तापमान मापा था? Measure (NAME)'s temperature?</p> <p>c. आपको नवजात शिशुओं के लिए खतरे के लक्षणों पर सलाह दी थी? Counsel you on danger signs for newborns?</p> <p>d. आपको स्तनपान कराने के बारे में सलाह दी थी? Counsel you on breastfeeding?</p> <p>e. (NAME) को स्तनपान कराने का अवलोकन किया था? Observe (NAME) breastfeeding?</p>	<p>YES NO</p> <p>a) . . . . . 1 2</p> <p>b) . . . . . 1 2</p> <p>c) . . . . . 1 2</p> <p>d) . . . . . 1 2</p> <p>e) . . . . . 1 2</p>		
498	<p>(NAME) के जन्म के बाद पहले 42 दिनों में ASHA कितनी बार आपके घर आई?</p> <p>In the first 42 days after (NAME)'s birth, how many times did ASHA visit you at your home?</p> <p>IF 00 SKIP TO Q499A</p>	<p>NUMBER OF VISITS</p> <p>DON'T KNOW . . . . . 98</p>		
499	<p>क्या ASHA ने घर में मिलने के दौरान निम्नलिखित किया:</p> <p>Did ASHA do the following during the visits:</p> <p>a. क्या एमसीपी कार्ड की जाँच की? Checked MCP card?</p> <p>b. क्या स्तनपान पर सलाह दी? Counsel you on breastfeeding?</p> <p>c. (NAME) के लिए दिखाई दे सकने वाले जन्म दोषों का आकलन किया? Assess (NAME) for any visible birth defect?</p>	<p>YES NO</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p>		
499A	<p>(NAME) के जन्म के बाद, क्या आपका मासिक धर्म [माहवारी] फिर से शुरू हुआ है/था ?</p> <p>Has your menstrual period returned since the birth of (NAME)?</p>	<p>YES . . . . . 1</p> <p>(SKIP TO 499C) ←</p> <p>NO . . . . . 2</p> <p>(SKIP TO 499D) ←</p>		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER .... <input type="text"/> <input type="text"/>
499B	(NAME) के जन्म एवं अगले गर्भधारण के बीच क्या आपका मासिक धर्म [माहवारी] फिर से शुरू हुआ था?  Did your period return between the birth of (NAME) and your next pregnancy?		YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 499F) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 499F) ←
499C	(NAME) के जन्म के बाद, कितने महीनों तक आपका मासिक धर्म [माहवारी] शुरू नहीं हुआ?  For how many months after the birth of (NAME) did you not have a period?	MONTHS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 98	MONTHS .... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 98	MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 98
499D	CHECK 227:  IS RESPONDENT PREGNANT?	NOT PREGNANT <input type="checkbox"/> PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/> (SKIP TO 499F)		
499E	(NAME) के जन्म के बाद, क्या आपने शारीरिक संबंध शुरू किए हैं?  Have you had sexual relations since the birth of (NAME)?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 499G) ←		
499F	(NAME) के जन्म के बाद, आपने कितने महीनों तक शारीरिक संबंध नहीं रखे?  For how many months after the birth of (NAME) did you not have sexual relations?	MONTHS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 98	MONTHS .... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 98	MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ..... 98
499G	क्या (NAME) को आपने कभी स्तनपान कराया?  Did you ever breastfeed (NAME)?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 499O) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 499O) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 499O) ←
499H	जन्म के कितने समय बाद आपने (NAME) को पहली बार स्तनपान कराया था?  How long after birth did you start breastfeeding (NAME)?  IF LESS THAN ONE HOUR, RECORD '00' HOURS. IF LESS THAN 24 HOURS, RECORD HOURS. OTHERWISE, RECORD DAYS.	IMMEDIATELY ..... 000  HOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
499I	क्या प्रसव के बाद पहले दो दिनों में (NAME) को माँ के दूध के अलावा कुछ भी खाने या पीने के लिए दिया गया था, जैसे पानी, शिशु फार्मूला या [INSERT COMMON DRINKS AND FOODS THAT MAY BE GIVEN TO NEWBORN INFANTS]?  In the first 2 days after delivery, was (NAME) given anything other than breast milk to eat or drink - anything at all like water, infant formula or [INSERT COMMON DRINKS AND FOODS THAT MAY BE GIVEN TO NEWBORN INFANTS]?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 499K) ←		

	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER .....	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER .....	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER ....
499J	(NAME) को पौने के लिए क्या दिया गया था? कुछ और? What was (NAME) given to drink? Anything else?  RECORD ALL LIQUIDS MENTIONED.	MILK (OTHER THAN BREAST MILK ) ..... A PLAIN WATER ..... B SUGAR OR GLU- COSE WATER ..... C GRIPE WATER ..... D SUGAR-SALT-WATER SOLUTION ..... E FRUIT JUICE ..... F INFANT FORMULA ..... G TEA ..... H HONEY ..... I JANAM GHUTTI ..... J OTHER ..... X (SPECIFY)		
499K	CHECK 404: IS CHILD LIVING?	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (SKIP TO 499M)		
499L	क्या आप (NAME) को अभी भी स्तनपान करा रही हैं? Are you still breastfeeding (NAME)?	YES ..... 1 (SKIP TO 499N) NO ..... 2		
499M	आपने (NAME) को कितने महीनों तक स्तनपान कराया? For how many months did you breastfeed (NAME)?	MONTHS ..... DON'T KNOW ..... 98		
499N	जब आप (NAME) को स्तनपान करा रही थीं, तो क्या आप आंगनवाड़ी केंद्र से हमेशा पूरक पोषण आहार ले पाईं?  When you were breastfeeding (NAME), were you always able to get supplementary nutrition from the <i>anganwadi</i> /ICDS center?	YES ..... 1 NO ..... 2		
499O	CHECK 404: IS CHILD LIVING?	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499R)	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499R)	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO BACK TO 405 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499R)
499P	क्या (NAME) ने कल या पिछली रात को निप्पल वाली बोतल से कुछ पिया था?  Did (NAME) drink anything from a bottle with a nipple yesterday or last night?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
499Q		GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499R.	GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499R.	GO BACK TO 405 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499R.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																																								
499R	<p>CHECK 215 AND 218:</p> <p>HAS AT LEAST ONE CHILD BORN IN 2021 OR LATER AND LIVING WITH HER <input type="checkbox"/></p> <p>DOES NOT HAVE ANY CHILDREN BORN IN 2021 OR LATER AND LIVING WITH HER <input type="checkbox"/></p> <p>RECORD NAME OF YOUNGEST CHILD LIVING WITH HER (AND CONTINUE WITH 499S)</p> <p>_____</p> <p>(NAME)</p>		501																																																								
499S	<p>अब मैं तरल पदार्थों और खाद्य पदार्थों के बारे में पूछना चाहूँगी जो (NAME FROM 499R) ने कल दिन में या रात में लिया था। अगर ये पदार्थ आपके बच्चे ने किसी अन्य आहार में मिलाकर भी लिया हो तो भी मैं जानना चाहूँगी। क्या (NAME FROM 499R) ने _____ (खाया / पीया)।</p> <p>Now I would like to ask you about liquids or foods that (NAME FROM 499R) had yesterday during the day or at night. I am interested in whether your child had the item I mention even if it was combined with other foods.</p> <p>Did (NAME FROM 499R) (drink/eat):</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. सादा पानी? Plain water?</td> <td>a. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. जूस या जूस पेय? Juice or juice drinks?</td> <td>b. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. सादा सूप? Clear broth?</td> <td>c. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. दूध जैसे डिब्बा-बंदी, पावडर या जानवर का ताजा दूध? IF YES: (NAME) को कितने बार ऐसा दूध दिया गया? Milk such as tinned, powdered, or fresh animal milk? IF YES: How many times did (NAME) drink milk? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.</td> <td>d. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e. व्यापारिक रूप से उत्पादित शिशु नुस्खा? IF YES: (NAME) को कितने बार ये दिया गया? Infant formula? IF YES: How many times did (NAME) drink infant formula? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.</td> <td>e. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. कोई और तरल पदार्थ? Any other liquids?</td> <td>f. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g. दही? IF YES: (NAME) को कितने बार दही दिया गया? Yogurt? IF YES: How many times did (NAME) eat yogurt? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.</td> <td>g. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h. व्यापारिक रूप से उत्पादित बेबी फूड जैसे सेरेलैक्स या फेरेक्स ? Any commercially fortified baby food, e.g. Cerelac or Farex?</td> <td>h. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i. कोई डबलरोटी, रोटी, चपाती, चावल, नूडल्स, बिस्किट, इडली या अन्य कोई अनाज से बना हुआ खाद्यपदार्थ? Any bread, roti, chapati, rice, noodles, biscuits, idli, or any other foods made from grains?</td> <td>i. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j. कोई कद्दू, गाजर, सकरकंद या मीठे आलू जो अंदर से पीले या नारंगी रहते हैं? Any pumpkin, carrots, squash or sweet potatoes that are yellow or orange inside?</td> <td>j. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k. आलू, सुरन, अरबी, रतालू या अन्य कोई कंदमूल खाद्यपदार्थ जो जड़ से बने हो? Any white potatoes, white yams, manioc, cassava, or any other foods made from roots?</td> <td>k. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l. कोई गहरी हरी पत्तेदार साग (सब्जी)? Any dark green, leafy vegetables?</td> <td>l. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>m. पका हुआ आम, पपीता, खरबूजा या कटहल? Any ripe mangoes, papayas, cantaloupe or jackfruit?</td> <td>m. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>				YES	NO	DK	a. सादा पानी? Plain water?	a. 1	2	8	b. जूस या जूस पेय? Juice or juice drinks?	b. 1	2	8	c. सादा सूप? Clear broth?	c. 1	2	8	d. दूध जैसे डिब्बा-बंदी, पावडर या जानवर का ताजा दूध? IF YES: (NAME) को कितने बार ऐसा दूध दिया गया? Milk such as tinned, powdered, or fresh animal milk? IF YES: How many times did (NAME) drink milk? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	d. 1	2	8	e. व्यापारिक रूप से उत्पादित शिशु नुस्खा? IF YES: (NAME) को कितने बार ये दिया गया? Infant formula? IF YES: How many times did (NAME) drink infant formula? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	e. 1	2	8	f. कोई और तरल पदार्थ? Any other liquids?	f. 1	2	8	g. दही? IF YES: (NAME) को कितने बार दही दिया गया? Yogurt? IF YES: How many times did (NAME) eat yogurt? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	g. 1	2	8	h. व्यापारिक रूप से उत्पादित बेबी फूड जैसे सेरेलैक्स या फेरेक्स ? Any commercially fortified baby food, e.g. Cerelac or Farex?	h. 1	2	8	i. कोई डबलरोटी, रोटी, चपाती, चावल, नूडल्स, बिस्किट, इडली या अन्य कोई अनाज से बना हुआ खाद्यपदार्थ? Any bread, roti, chapati, rice, noodles, biscuits, idli, or any other foods made from grains?	i. 1	2	8	j. कोई कद्दू, गाजर, सकरकंद या मीठे आलू जो अंदर से पीले या नारंगी रहते हैं? Any pumpkin, carrots, squash or sweet potatoes that are yellow or orange inside?	j. 1	2	8	k. आलू, सुरन, अरबी, रतालू या अन्य कोई कंदमूल खाद्यपदार्थ जो जड़ से बने हो? Any white potatoes, white yams, manioc, cassava, or any other foods made from roots?	k. 1	2	8	l. कोई गहरी हरी पत्तेदार साग (सब्जी)? Any dark green, leafy vegetables?	l. 1	2	8	m. पका हुआ आम, पपीता, खरबूजा या कटहल? Any ripe mangoes, papayas, cantaloupe or jackfruit?	m. 1	2	8
	YES	NO	DK																																																								
a. सादा पानी? Plain water?	a. 1	2	8																																																								
b. जूस या जूस पेय? Juice or juice drinks?	b. 1	2	8																																																								
c. सादा सूप? Clear broth?	c. 1	2	8																																																								
d. दूध जैसे डिब्बा-बंदी, पावडर या जानवर का ताजा दूध? IF YES: (NAME) को कितने बार ऐसा दूध दिया गया? Milk such as tinned, powdered, or fresh animal milk? IF YES: How many times did (NAME) drink milk? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	d. 1	2	8																																																								
e. व्यापारिक रूप से उत्पादित शिशु नुस्खा? IF YES: (NAME) को कितने बार ये दिया गया? Infant formula? IF YES: How many times did (NAME) drink infant formula? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	e. 1	2	8																																																								
f. कोई और तरल पदार्थ? Any other liquids?	f. 1	2	8																																																								
g. दही? IF YES: (NAME) को कितने बार दही दिया गया? Yogurt? IF YES: How many times did (NAME) eat yogurt? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	g. 1	2	8																																																								
h. व्यापारिक रूप से उत्पादित बेबी फूड जैसे सेरेलैक्स या फेरेक्स ? Any commercially fortified baby food, e.g. Cerelac or Farex?	h. 1	2	8																																																								
i. कोई डबलरोटी, रोटी, चपाती, चावल, नूडल्स, बिस्किट, इडली या अन्य कोई अनाज से बना हुआ खाद्यपदार्थ? Any bread, roti, chapati, rice, noodles, biscuits, idli, or any other foods made from grains?	i. 1	2	8																																																								
j. कोई कद्दू, गाजर, सकरकंद या मीठे आलू जो अंदर से पीले या नारंगी रहते हैं? Any pumpkin, carrots, squash or sweet potatoes that are yellow or orange inside?	j. 1	2	8																																																								
k. आलू, सुरन, अरबी, रतालू या अन्य कोई कंदमूल खाद्यपदार्थ जो जड़ से बने हो? Any white potatoes, white yams, manioc, cassava, or any other foods made from roots?	k. 1	2	8																																																								
l. कोई गहरी हरी पत्तेदार साग (सब्जी)? Any dark green, leafy vegetables?	l. 1	2	8																																																								
m. पका हुआ आम, पपीता, खरबूजा या कटहल? Any ripe mangoes, papayas, cantaloupe or jackfruit?	m. 1	2	8																																																								

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
	n. कोई अन्य फल या सब्जियाँ? Any other fruits or vegetables?	n. 1 2 8	
	o. कोई कलेजी, गुरदा, दिल या कोई दूसरे भाग का गोश्त? Any liver, kidney, heart or other organ meat?	o. 1 2 8	
	p. कोई मुर्गा, बत्तख या अन्य पक्षी? Any chickens, duck, or other birds?	p. 1 2 8	
	q. किसी अन्य प्रकार का गोश्त? Any other meat?	q. 1 2 8	
	r. कोई अंडे? Any eggs?	r. 1 2 8	
	s. ताजी या सूखी मछली या कड़े खोलवाली मछलियाँ या अन्य समुद्री जीव जैसे केकड़े? Any fresh or dried fish or shellfish?	s. 1 2 8	
	t. फलियाँ, सोयाबिन, चना, मटर, राजमा या दालों से तैयार किए गए कोई खाद्य पदार्थ? Any foods made from beans, peas, lentils, or nuts?	t. 1 2 8	
	u. पनीर या अन्य दूध से बने खाद्य पदार्थ? Any cheese or other food made from milk?	u. 1 2 8	
	v. कोई अन्य ठोस, अर्ध ठोस या नरम खाद्य पदार्थ? Any other solid, semi-solid, or soft food?	v. 1 2 8	
499T	CHECK 499S CATEGORIES 'g' THROUGH 'v':  NOT A <input type="checkbox"/> SINGLE 'YES' ↓	AT LEAST ONE 'YES' <input type="checkbox"/>	→ 499V
499U	कल दिन में या रात में क्या (NAME) ने कोई ठोस, अर्ध ठोस या नरम आहार खाया था? IF 'YES' PROBE: किस तरह के ठोस, अर्ध ठोस या नरम आहार (NAME) ने खाए थे?  Did (NAME) eat any solid, semi-solid, or soft foods yesterday during the day or at night? IF 'YES' PROBE: What kind of solid, semi-solid or soft foods did (NAME) eat?	YES ..... 1 (GO BACK TO 499S TO RECORD FOOD EATEN YESTERDAY) NO ..... 2	→ 501
499V	कल दिन में या रात में (NAME) ने कितनी बार कोई ठोस, अर्ध ठोस या नरम आहार खाया था?  How many times did (NAME) eat solid, semi-solid, or soft foods yesterday during the day or at night? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/>  DON'T KNOW ..... 8	



**SECTION 5. CHILD IMMUNIZATIONS AND HEALTH**

501	<p>ENTER IN THE TABLE THE BIRTH HISTORY NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN 2017 OR LATER. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. (IF THERE ARE MORE THAN 3 BIRTHS, USE LAST 2 COLUMNS OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S)).</p>			
501A	<p>CHECK 217:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>IF AGE 0-3 (JANUARY 2020 OR LATER)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>↓</p> </div> <div> <p>IF AGE 4-6</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>↓</p> </div> </div> <p align="center">(SKIP TO 515A) ←</p>			
502	<p>BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212</p>	<p>LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<p>NEXT-TO-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<p>SECOND-FROM-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
503	<p>FROM 212 AND 216</p>	<p>NAME</p> <hr/> <p>LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/></p> <p>(GO TO 501A IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 555)</p>	<p>NAME</p> <hr/> <p>LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/></p> <p>(GO TO 501A IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 555)</p>	<p>NAME</p> <hr/> <p>LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/></p> <p>(GO TO 501A IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE, OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 555)</p>
504	<p>पिछले छः महीनों में क्या (NAME) को (इसके जैसी या इनमें से कोई) विटामिन ए की खुराक दी गयी थी?</p> <p>Within the last six months, was (NAME) given a vitamin A dose like (this/any of these)?</p> <p>SHOW COMMON AMPOULES/ CAPSULES/SYRUPS</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
505	<p>पिछले सात दिनों में क्या (NAME) को (इसके जैसी या इनमें से कोई) आयरन की गोली या सिरप दी गयी थी?</p> <p>Within the last seven days, was (NAME) given iron pills or syrup or sprinkles with iron like (this/any of these)?</p> <p>SHOW COMMON CAPSULES/SYRUPS/ SPRINKLES.</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
506	<p>पिछले छः महीनों में क्या (NAME) को आंतों के कीड़ों के लिए कोई दवा दी गई थी?</p> <p>Was (NAME) given any drug for intestinal worms in the last six months?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
507	<p>क्या आपके पास कोई ऐसा कार्ड या अन्य दस्तावेज है जिस पर (NAME) को लगाए गए टीकों के बारे में लिखा है? IF YES: क्या मैं कृपया कार्ड (या अन्य दस्तावेज) देख सकती हूँ?</p> <p>Do you have a card or other document where (NAME)'s vaccinations are written down? IF YES: May I see the card or other document where vaccinations are written down?</p>	<p>YES, SEEN ..... 1</p> <p>(SKIP TO 509)</p> <p>YES, NOT SEEN ..... 2</p> <p>(SKIP TO 511)</p> <p>NO CARD ..... 3</p>	<p>YES, SEEN ..... 1</p> <p>(SKIP TO 509)</p> <p>YES, NOT SEEN ..... 2</p> <p>(SKIP TO 511)</p> <p>NO CARD ..... 3</p>	<p>YES, SEEN ..... 1</p> <p>(SKIP TO 509)</p> <p>YES, NOT SEEN ..... 2</p> <p>(SKIP TO 511)</p> <p>NO CARD ..... 3</p>
508	<p>क्या आपके पास कभी (NAME) को लगाये गये टीकों का कार्ड था?</p> <p>Did you ever have a vaccination card for (NAME)?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>(SKIP TO 511)</p> <p>NO ..... 2</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>(SKIP TO 511)</p> <p>NO ..... 2</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>(SKIP TO 511)</p> <p>NO ..... 2</p>

- (1) COPY VACCINATION DATE FOR EACH VACCINE FROM THE CARD.  
 (2) WRITE '44' IN 'DAY' COLUMN IF CARD SHOWS THAT A VACCINATION WAS 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 COLUMNS FOR WHICH INFORMATION IS NOT GIVEN.

	LAST BIRTH			NEXT-TO-LAST BIRTH			SECOND-FROM-LAST BIRTH		
	DAY	MONTH	YEAR	DAY	MONTH	YEAR	DAY	MONTH	YEAR
BCG				BCG			BCG		
POLIO 0 (POLIO GIVEN AT BIRTH)				P 0			P 0		
POLIO 1				P 1			P 1		
POLIO 2				P 2			P 2		
POLIO 3				P 3			P 3		
flPV 1				flPV 1			flPV 1		
flPV 2				flPV 2			flPV 2		
flPV 3				flPV 3			flPV 3		
HEPATITIS B 0 (GIVEN AT BIRTH)				H 0			H 0		
PENTAVALENT 1				PV 1			PV 1		
PENTAVALENT 2				PV 2			PV 2		
PENTAVALENT 3				PV 3			PV 3		
ROTAVIRUS 1				RV 1			RV 1		
ROTAVIRUS 2				RV 2			RV 2		
ROTAVIRUS 3				RV 3			RV 3		
JE 1				JE 1			JE 1		
JE 2				JE 2			JE 2		
MCV 1/MMR/MR				MCV 1/MMR/MR			MCV 1/MMR/MR		
MCV 2/MMR/MR				MCV 2/MMR/MR			MCV 2/MMR/MR		
DPT BOOSTER-1				DPT B-1			DPT B-1		
VITAMIN A (LAST DOSE)				VIT A			VIT A		
VITAMIN A (NEXT-TO-LAST DOSE)				VIT A			VIT A		
PCV1				PCV1			PCV1		
PCV2				PCV2			PCV2		
PCV BOOSTER				PCV B.			PCV B.		
OPV BOOSTER				OPV B.			OPV B.		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
510	<p>पल्स पोलियो अभियान में पिलाई गई खुराक सहित, क्या (NAME) को कोई ऐसे और टीके लगाये गये हैं, जिनकी जानकारी इस कार्ड या अन्य दस्तावेजों में दर्ज नहीं है?</p> <p>Has (NAME) received any vaccinations that are not recorded on this card or other documents, including vaccinations received in a Pulse Polio campaign?</p> <p>RECORD 'YES' ONLY IF THE RESPONDENT MENTIONS AT LEAST ONE OF THE VACCINATIONS IN 509 THAT ARE NOT RECORDED AS HAVING BEEN GIVEN.</p>	<p>YES ..... 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (SKIP TO 513)</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 513)</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (SKIP TO 513)</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 513)</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (SKIP TO 513)</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 513)</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
511	<p>पल्स पोलियो अभियान में पिलाई गई खुराक सहित, क्या (NAME) को बीमारियाँ से बचाने के लिए कभी कोई टीके लगाये गये थे?</p> <p>Did (NAME) ever receive any vaccinations to prevent (him/her) from getting diseases, including vaccinations received in a Pulse Polio campaign?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 516)</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 516)</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 516)</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
512	<p>कृपया मुझे बताएं कि क्या (NAME) को इनमें से कोई टीका लगा है:</p> <p>Please tell me if (NAME) received any of the following vaccinations:</p>			
512A	<p>तपेदिक [टी बी] से बचने के लिए बी.सी.जी. का टीका जिसे इंजेक्शन के रूप में बाँह या कंधे में लगाया जाता है जिससे सामान्यतः वहाँ पर एक निशान बन जाता है?</p> <p>A BCG vaccination against tuberculosis, that is, an injection in the arm or shoulder that usually causes a scar?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
512B	<p>पोलियो की खुराक, जिसकी बूँदें मुँह में पिलाई जाती हैं, पल्स पोलियो अभियान में पिलाई गई खुराक सहित?</p> <p>Polio vaccine, that is, drops in the mouth, including vaccine received in a Pulse Polio campaign?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 512E)</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 512E)</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2 (SKIP TO 512E)</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
512C	<p>क्या पोलियो की पहली खुराक जन्म के पहले दो सप्ताहों के अंदर दी गई थी या बाद में?</p> <p>Was the first polio vaccine received in the first two weeks after birth or later?</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1</p> <p>LATER ..... 2</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1</p> <p>LATER ..... 2</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1</p> <p>LATER ..... 2</p>
512D	<p>पोलियो की खुराक कितनी बार दी गई थी?</p> <p>How many times was the oral polio vaccine given?</p> <p>IF MORE THAN 7, RECORD '7'.</p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
512E	<p>पोलियो के खिलाफ सुरक्षा के लिए ऊपरी भुजा में दिया गया fIPV इंजेक्शन, अक्सर मुँह में पिलाई पोलियो की खुराक के साथ दिया जाता है?</p> <p>An fIPV injection that is given in the upper arm to protect against polio, often at the same time as oral polio drops?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512G) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512G) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512G) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
512F	<p>fIPV टीकाकरण कितनी बार दिया गया था?</p> <p>How many times was an fIPV vaccination given?</p> <p>IF MORE THAN 7, RECORD '7'.</p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>
512G	<p>पेंटावैलेंट टीका/इंजेक्शन जो जांघ या नितंब में लगाया जाता है, कभी-कभी यह पोलियो की खुराक के साथ दिया जाता है?</p> <p>A pentavalent vaccine/injection that is given in the thigh or buttocks, sometimes given at the same time as polio drops?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512I) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512I) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512I) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
512H	<p>पेंटावैलेंट टीका कितनी बार दिया गया था?</p> <p>How many times was a pentavalent vaccination given?</p> <p>IF MORE THAN 7, RECORD '7'.</p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>
512I	<p>क्या (NAME) को हेपाटाइटिस बी का टीका दिया गया था?</p> <p>Was (NAME) given an injection at birth to prevent Hepatitis B?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512K) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512K) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512K) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
512J	<p>क्या हेपाटाइटिस बी का पहला टीका जन्म के पहले दो सप्ताह में दिया गया था या बाद में?</p> <p>Was the first Hepatitis B vaccine received in the first two weeks after birth or later?</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1</p> <p>LATER ..... 2</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1</p> <p>LATER ..... 2</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1</p> <p>LATER ..... 2</p>
512K	<p>क्या (NAME) को रोटावायरस टीका दिया गया है, जो डायरिया (दस्त) की रोकथाम के लिए मुँह में तरल पदार्थ के रूप में दिया जाता है?</p> <p>Has (NAME) received a rotavirus vaccine, that is, liquid in the mouth to prevent diarrhoea?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512M) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512M) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512M) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
512L	<p>IF YES: कितनी बार रोटावायरस टीका दिया गया था?</p> <p>IF YES: How many times was the rotavirus vaccine given?</p>	<p>NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/></p>
512M	<p>क्या (NAME) को कभी जैपनीज एनसेफलाइटिस के लिए जेई टीका दिया गया था?</p> <p>Did (NAME) ever receive a JE vaccination against Japanese encephalitis?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512O) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512O) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512O) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
512N	<p>जेई टीका कितनी बार दिया गया था?</p> <p>How many times was a JE vaccination given?</p> <p>IF MORE THAN 3, RECORD '3'.</p>	<p>NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/></p>
512O	<p>क्या (NAME) को कभी खसरे या एम एम आर का इंजेक्शन दिया गया था - यह टीका खसरे से बचने के लिए, जो 9 महीने की उम्र में या उससे बड़ी उम्र में, बाँह में लगाया जाता है?</p> <p>Was (NAME) ever given a measles or MMR injection - that is, a shot in the arm at the age of 9 months or older - to prevent (him/her) from getting measles?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512Q) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512Q) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 512Q) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
512P	खसरा या एमएमआर टीकाकरण कितनी बार दिया गया था? How many times was a measles or MMR vaccination given?	NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/>
512Q	क्या (NAME) को कभी निमोनिया रोग के लिए न्यूमोकोकल टीका (पीसीवी) दिया गया था ? Did (NAME) ever receive a pneumococcal vaccination (PCV) against pneumococcal disease?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 512S) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 512S) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 512S) ← DON'T KNOW ..... 8
512R	न्यूमोकोकल टीका (पीसीवी) कितनी बार दिया गया था ? How many times was a pneumococcal vaccination (PCV) given?	NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/>
512S	क्या (NAME) को कभी डीपीटी बूस्टर-1 डोज (खुराक) दी गई थी ? Was (NAME) ever given a DPT booster-1 dose?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
512T	क्या (NAME) को कभी ओपीवी बूस्टर डोज (खुराक) दी गई थी ? Was (NAME) ever given a OPV booster dose?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
512U	क्या (NAME) को कभी न्यूमोकोकल टीका (पीसीवी) बूस्टर डोज (खुराक) दी गई थी? Was (NAME) ever given a pneumococcal vaccination (PCV) booster dose?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
513	CHECK 509 AND 511: ANY VACCINATIONS RECEIVED?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 516)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 516)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 516)
514	(NAME) को ज्यादातर टीके कौन-सी जगह से लगवाए गए थे? Where did (NAME) receive most of (his/her) vaccinations?  IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.  _____ (NAME OF FACILITY/PLACE)	<b>PUB. HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11 AYUSH ... 12  GOVT. DISP. ... 13 UHC/UHP/UFWC ... 14 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... 15 PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ... 16 HEALTH AND WELLNESS CENTER ... 17 SUB-CENTRE ... 18 GOVT. MOBILE CLINIC ... 19 CAMP ... 20 ANGANWADI/ICDS CENTRE ... 21 PULSE POLIO ... 22 OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY ... 23 NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ... 31 <b>PVT. HEALTH SECTOR</b> PVT. HOSPITAL ... 41 PVT. DOCTOR/ CLINIC ... 42 PVT. PARAMEDIC ... 43 AYUSH ... 44 PHARMACY/ DRUGSTORE ... 45 OTHER PVT. HEALTH FAC. ... 46 OTHER _____ 96 (SPECIFY)	<b>PUB. HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11 AYUSH ... 12  GOVT. DISP. ... 13 UHC/UHP/UFWC ... 14 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... 15 PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ... 16 HEALTH AND WELLNESS CENTER ... 17 SUB-CENTRE ... 18 GOVT. MOBILE CLINIC ... 19 CAMP ... 20 ANGANWADI/ICDS CENTRE ... 21 PULSE POLIO ... 22 OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY ... 23 NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ... 31 <b>PVT. HEALTH SECTOR</b> PVT. HOSPITAL ... 41 PVT. DOCTOR/ CLINIC ... 42 PVT. PARAMEDIC ... 43 AYUSH ... 44 PHARMACY/ DRUGSTORE ... 45 OTHER PVT. HEALTH FAC. ... 46 OTHER _____ 96 (SPECIFY)	<b>PUB. HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11 AYUSH ... 12  GOVT. DISP. ... 13 UHC/UHP/UFWC ... 14 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... 15 PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ... 16 HEALTH AND WELLNESS CENTER ... 17 SUB-CENTRE ... 18 GOVT. MOBILE CLINIC ... 19 CAMP ... 20 ANGANWADI/ICDS CENTRE ... 21 PULSE POLIO ... 22 OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY ... 23 NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ... 31 <b>PVT. HEALTH SECTOR</b> PVT. HOSPITAL ... 41 PVT. DOCTOR/ CLINIC ... 42 PVT. PARAMEDIC ... 43 AYUSH ... 44 PHARMACY/ DRUGSTORE ... 45 OTHER PVT. HEALTH FAC. ... 46 OTHER _____ 96 (SPECIFY)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
515A	ENTER IN THE TABLE THE BIRTH HISTORY NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN 2017 OR LATER. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. (IF THERE ARE MORE THAN 3 BIRTHS, USE LAST 2 COLUMNS OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S)).			
515B	BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212	LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	NEXT-TO-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	SECOND-FROM-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
515C	FROM 212 AND 216	NAME _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             LIVING <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ↓           </div> <div style="text-align: center;">             DEAD <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ↓           </div> </div> (GO TO 515C IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 555)	NAME _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             LIVING <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ↓           </div> <div style="text-align: center;">             DEAD <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ↓           </div> </div> (GO TO 515C IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 555)	NAME _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             LIVING <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ↓           </div> <div style="text-align: center;">             DEAD <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ↓           </div> </div> (GO TO 515C IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 555)
516	क्या (NAME) को पिछले दो सप्ताहों में कभी दस्त हुए थे? Has (NAME) had diarrhoea in the last 2 weeks?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 525) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 525) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 525) ← DON'T KNOW ..... 8
516A	क्या दस्तों में खून आया था? Was there any blood in the stools?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
517	अब मैं यह जानना चाहूंगी कि दस्त के दौरान, (NAME) को पीने का पदार्थ (माँ के दूध के सहित) कितना दिया गया था। क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उतनी ही मात्रा में या सामान्य से अधिक पीने को दिया गया था?  IF LESS, PROBE: क्या उसे समान्य से बहुत कम या थोड़ा कम पीने को दिया गया था?  Now I would like to know how much (NAME) was given to drink during the diarrhoea (including breast milk). Was (NAME) given less than usual to drink, about the same amount, or more than usual to drink?  IF LESS, PROBE: Was (NAME) given much less than usual to drink or somewhat less?	MUCH LESS ..... 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE ..... 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW ..... 8	MUCH LESS ..... 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE ..... 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW ..... 8	MUCH LESS ..... 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE ..... 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW ..... 8

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
518	<p>जब (NAME) को दस्त हुए तो, क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उतनी ही मात्रा में, सामान्य से अधिक खाने के लिए दिया गया था या खाने के लिए कुछ भी नहीं दिया गया था?</p> <p>IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या थोड़ा सा कम खाने को दिया गया था?</p> <p>When (NAME) had diarrhoea, was (he/she) given less than usual to eat, about the same amount, more than usual, or nothing to eat?</p> <p>IF LESS, PROBE: Was (he/she) given much less than usual to eat or somewhat less?</p>	<p>MUCH LESS ..... 1</p> <p>SOMEWHAT LESS . 2</p> <p>ABOUT THE SAME . 3</p> <p>MORE ..... 4</p> <p>STOPPED FOOD . 5</p> <p>NEVER GAVE FOOD . 6</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>MUCH LESS ..... 1</p> <p>SOMEWHAT LESS . 2</p> <p>ABOUT THE SAME . 3</p> <p>MORE ..... 4</p> <p>STOPPED FOOD . 5</p> <p>NEVER GAVE FOOD . 6</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>MUCH LESS ..... 1</p> <p>SOMEWHAT LESS . 2</p> <p>ABOUT THE SAME . 3</p> <p>MORE ..... 4</p> <p>STOPPED FOOD . 5</p> <p>NEVER GAVE FOOD . 6</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
519	<p>दस्तों के लिए क्या आपने कहीं से सलाह ली या इलाज करवाया?</p> <p>Did you seek advice or treatment for the diarrhoea from any source?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 524) ←</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 524) ←</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 524) ←</p>
520	<p>आपने कहाँ से सलाह ली या इलाज करवाया? किसी अन्य जगह से?</p> <p>Where did you seek advice or treatment? Anywhere else?</p> <p>RECORD ALL SOURCES MENTIONED.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S).</p> <p>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL</p> <p>HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH ..... B</p> <p>GOVT. DISP. .... C</p> <p>UHC/UHP/UFWC ... D</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... E</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... F</p> <p>HEALTH AND WELLNESS CENTRE/ SUB-CENTRE/ ANM ..... H</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... I</p> <p>CAMP ..... J</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... K</p> <p>ASHA ..... L</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... M</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... N</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSPITAL . O</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC ..... P</p> <p>PVT. PARAMEDIC . Q</p> <p>ONLINE CONSULTATION R</p> <p>DIGITAL HEALTH APPLICATION S</p> <p>AYUSH ..... T</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . U</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... V</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>SHOP ..... W</p> <p>TRADITIONAL HEALER ..... X</p> <p>FRIEND/RELATIVE Y</p> <p>OTHER _____ Z (SPECIFY)</p>	<p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL</p> <p>HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH ..... B</p> <p>GOVT. DISP. .... C</p> <p>UHC/UHP/UFWC ... D</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... E</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... F</p> <p>HEALTH AND WELLNESS CENTRE/ SUB-CENTRE/ ANM ..... H</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... I</p> <p>CAMP ..... J</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... K</p> <p>ASHA ..... L</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... M</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... N</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSPITAL . O</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC ..... P</p> <p>PVT. PARAMEDIC . Q</p> <p>ONLINE CONSULTATION R</p> <p>DIGITAL HEALTH APPLICATION S</p> <p>AYUSH ..... T</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . U</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... V</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>SHOP ..... W</p> <p>TRADITIONAL HEALER ..... X</p> <p>FRIEND/RELATIVE Y</p> <p>OTHER _____ Z (SPECIFY)</p>	<p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL</p> <p>HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH ..... B</p> <p>GOVT. DISP. .... C</p> <p>UHC/UHP/UFWC ... D</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... E</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... F</p> <p>HEALTH AND WELLNESS CENTRE/ SUB-CENTRE/ ANM ..... H</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... I</p> <p>CAMP ..... J</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... K</p> <p>ASHA ..... L</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... M</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... N</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSPITAL . O</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC ..... P</p> <p>PVT. PARAMEDIC . Q</p> <p>ONLINE CONSULTATION R</p> <p>DIGITAL HEALTH APPLICATION S</p> <p>AYUSH ..... T</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . U</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... V</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>SHOP ..... W</p> <p>TRADITIONAL HEALER ..... X</p> <p>FRIEND/RELATIVE Y</p> <p>OTHER _____ Z (SPECIFY)</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
521	CHECK 520:	TWO OR MORE CODES CIRCLED ONLY ONE CODE CIRCLED (SKIP TO 523)	TWO OR MORE CODES CIRCLED ONLY ONE CODE CIRCLED (SKIP TO 523)	TWO OR MORE CODES CIRCLED ONLY ONE CODE CIRCLED (SKIP TO 523)
522	आपने पहली बार कहाँ से सलाह ली या इलाज करवाया? Where did you first seek advice or treatment? USE LETTER CODE FROM 520.	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>
523	दस्त शुरू होने के कितने दिनों के बाद, आपने (NAME) के लिए पहली बार सलाह ली या इलाज करवाया? How many days after the diarrhoea began did you first seek advice or treatment for (NAME)? IF THE SAME DAY, RECORD '00'.	DAYS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DAYS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DAYS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
524	जब से उसे दस्त शुरू हुए, क्या उसे कभी इनमें से कुछ पीने के लिए दिया गया था: Was (he/she) given any of the following to drink at any time since (he/she) started having the diarrhoea:  a. एक विशेष पैकेट (LOCAL NAME FOR ORS PACKET) से बना हुआ तरल पदार्थ? A fluid made from a special packet called (LOCAL NAME FOR ORS PACKET)?  b. चावल या (OR OTHER LOCAL GRAIN) से बना तरल पदार्थ? Gruel made from rice (OR OTHER LOCAL GRAIN)?	YES NO DK FLUID FROM ORS PKT ..... 1 2 8  GRUEL... 1 2 8	YES NO DK FLUID FROM ORS PKT ..... 1 2 8  GRUEL... 1 2 8	YES NO DK FLUID FROM ORS PKT ..... 1 2 8  GRUEL... 1 2 8
525	पिछले सात दिनों में, क्या (NAME) को निम्नलिखित दिए गए थे: In last seven days, was (NAME) given:  a. _____ (LOCAL NAME FOR MULTIPLE MICRONUTRIENT POWDER)  b. _____ (LOCAL NAME FOR READY TO USE A THERAPEUTIC FOOD SUCH AS PLUMPY NUT)  c. _____ (LOCAL NAME FOR READY TO USE SUPPLEMENTAL FOOD SUCH AS PLUMPY DOZ)	YES NO DK a. MULTIPLE MICRONUTRIENT POWDER. 1 2 8  b. PLUMPY NUT ..... 1 2 8  c. PLUMPY DOZ ... 1 2 8	YES NO DK a. MULTIPLE MICRONUTRIENT POWDER. 1 2 8  b. PLUMPY NUT ..... 1 2 8  c. PLUMPY DOZ ... 1 2 8	YES NO DK a. MULTIPLE MICRONUTRIENT POWDER. 1 2 8  b. PLUMPY NUT ..... 1 2 8  c. PLUMPY DOZ ... 1 2 8
525A	CHECK 516: CODE '1' RECORDED	YES <input type="text"/> NO <input type="text"/> (SKIP TO 529)	YES <input type="text"/> NO <input type="text"/> (SKIP TO 529)	YES <input type="text"/> NO <input type="text"/> (SKIP TO 529)



NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
526	दस्त शुरू होने के बाद से क्या उसे कभी जीक दिया गया? Was (he/she) given zinc at any time since (he/she) started having diarrhoea?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
527	क्या दस्त के इलाज के लिए कुछ (और) दिया गया था? Was anything (else) given to treat the diarrhoea?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 529) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 529) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 529) ← DON'T KNOW ..... 8
528	दस्त के इलाज के लिए (और) क्या दिया गया था? कोई अन्य चीज? What (else) was given to treat the diarrhoea? Anything else?  RECORD ALL TREATMENTS GIVEN.	<b>PILL OR SYRUP</b> ANTIBIOTIC ..... A ANTIMOTILITY ... B OTHER (NOT ANTI-BIOTIC, ANTI-MOTILITY, OR ZINC) ..... C UNKNOWN PILL OR SYRUP ... D  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIC ..... E NON-ANTIBIOTIC . F UNKNOWN INJECTION ... G INTRAVENOUS (IV) . H HOME REMEDY/ HERBAL MED-ICINE ..... I OTHER _____ X (SPECIFY)	<b>PILL OR SYRUP</b> ANTIBIOTIC ..... A ANTIMOTILITY ... B OTHER (NOT ANTI-BIOTIC, ANTI-MOTILITY, OR ZINC) ..... C UNKNOWN PILL OR SYRUP ... D  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIC ..... E NON-ANTIBIOTIC . F UNKNOWN INJECTION ... G INTRAVENOUS (IV) . H HOME REMEDY/ HERBAL MED-ICINE ..... I OTHER _____ X (SPECIFY)	<b>PILL OR SYRUP</b> ANTIBIOTIC ..... A ANTIMOTILITY ... B OTHER (NOT ANTI-BIOTIC, ANTI-MOTILITY, OR ZINC) ..... C UNKNOWN PILL OR SYRUP ... D  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIC ..... E NON-ANTIBIOTIC . F UNKNOWN INJECTION ... G INTRAVENOUS (IV) . H HOME REMEDY/ HERBAL MED-ICINE ..... I OTHER _____ X (SPECIFY)
529	(NAME) को पिछले दो सप्ताह में क्या कभी बुखार हुआ? Has (NAME) been ill with a fever at any time in the last 2 weeks?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 532) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 532) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 532) ← DON'T KNOW ..... 8
530	बीमारी के दौरान किसी भी समय क्या (NAME) को ऊँगली या एड़ी से जांच के लिए खून लिया गया था? At any time during the illness, did (NAME) have blood taken from (his/her) finger or heel for testing?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
531	क्या आपको किसी स्वास्थ्यकर्मी ने बताया था कि (NAME) को मलेरिया है?  Were you told by a healthcare provider that (NAME) had malaria?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
532	क्या (NAME) को पिछले 2 सप्ताह में कभी भी खांसी के साथ कोई बीमारी हुई है? Has (NAME) had an illness with a cough at any time in the last 2 weeks?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
533	क्या (NAME) को पिछले 2 सप्ताह में किसी भी समय तेज, छोटी, तेज सांस या सांस लेने में कठिनाई हुई थी? Has (NAME) had fast, short, rapid breaths or difficulty breathing at any time in the last 2 weeks?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 535) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 535) ← DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 535) ← DON'T KNOW ..... 8
534	क्या (NAME) छाती में किसी समस्या के कारण या अवरुद्ध या बहती नाक के कारण तेज या मुश्किल से सांस ले रहा था?  Was the fast or difficult breathing due to a problem in the chest or to a blocked or runny nose?	CHEST ONLY ..... 1 NOSE ONLY ..... 2 BOTH ..... 3 OTHER ..... 6 (SPECIFY) DON'T KNOW ..... 8 (SKIP TO 536) ←	CHEST ONLY ..... 1 NOSE ONLY ..... 2 BOTH ..... 3 OTHER ..... 6 (SPECIFY) DON'T KNOW ..... 8 (SKIP TO 536) ←	CHEST ONLY ..... 1 NOSE ONLY ..... 2 BOTH ..... 3 OTHER ..... 6 (SPECIFY) DON'T KNOW ..... 8 (SKIP TO 536) ←

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
535	CHECK 529: HAD FEVER	YES <input type="checkbox"/> NO OR DK <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO OR DK <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO OR DK <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 549) ←
536	<p>अब मैं यह जानना चाहूंगी कि (बुखार / खांसी) के साथ बीमारी के दौरान, (NAME) को पीने का पदार्थ (मैं) के दूध के सहित कितना दिया गया था। क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उतनी ही मात्रा में या सामान्य से अधिक पीने को दिया गया था?</p> <p>IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या थोड़ा कम पीने को दिया गया था?</p> <p>Now I would like to know how much (NAME) was given to drink (including breast milk) during the illness with a (fever/cough). Was (he/she) given less than usual to drink, about the same amount, or more than usual to drink?</p> <p>IF LESS, PROBE: Was (he/she) given much less than usual to drink or somewhat less?</p>	MUCH LESS ..... 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE ..... 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW ..... 8	MUCH LESS ..... 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE ..... 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW ..... 8	MUCH LESS ..... 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE ..... 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW ..... 8
537	<p>जब (NAME) को (बुखार/खांसी) हुई थी तो क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उतनी ही मात्रा में, सामान्य से अधिक खाने के लिए दिया गया था या खाने के लिए कुछ भी नहीं दिया गया था?</p> <p>IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या थोड़ा सा कम खाने के लिए दिया गया था?</p> <p>When (NAME) had a (fever/cough), was (he/she) given less than usual to eat, about the same amount, more than usual, or nothing to eat?</p> <p>IF LESS, PROBE: Was (he/she) given much less than usual to eat or somewhat less?</p>	MUCH LESS ..... 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE ..... 4 STOPPED FOOD . 5 NEVER GAVE FOOD . 6 DON'T KNOW ..... 8	MUCH LESS ..... 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE ..... 4 STOPPED FOOD . 5 NEVER GAVE FOOD . 6 DON'T KNOW ..... 8	MUCH LESS ..... 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE ..... 4 STOPPED FOOD . 5 NEVER GAVE FOOD . 6 DON'T KNOW ..... 8

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
538	<p>क्या आपने कहीं से बीमारी के लिए सलाह ली या इलाज करवाया?</p> <p>Did you seek advice or treatment for the illness from any source?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 543) ←</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 543) ←</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 543) ←</p>
539	<p>आपने कहीं से सलाह ली या इलाज करवाया? कहीं अन्य से?</p> <p>Where did you seek advice or treatment? Anywhere else?</p> <p>RECORD ALL SOURCES MENTIONED.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S).</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL</p> <p>HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH ..... B</p> <p>GOVT. DISP. ... C</p> <p>UHC/UHP/UFWC D</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC . E</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ... F</p> <p>HEALTH AND WELNESS CENTER G</p> <p>SUB-CENTRE/ ANM ..... H</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... I</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... J</p> <p>CAMP ..... K</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ..... L</p> <p>ASHA ..... M</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... N</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSPITAL . O</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC ..... P</p> <p>PVT. PARAMEDIC . Q</p> <p>ONLINE .</p> <p>CONSULTATION R</p> <p>DIGITAL HEALTH APPLICATION S</p> <p>AYUSH ..... T</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . U</p> <p>OTHER PVT. HEALTH FAC. . V</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>SHOP ..... W</p> <p>TRADITIONAL HEALER ..... X</p> <p>FRIEND/RELATIVE Y</p> <p>OTHER ..... Z</p> <p>(SPECIFY)</p>	<p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL</p> <p>HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH ..... B</p> <p>GOVT. DISP. ... C</p> <p>UHC/UHP/UFWC . D</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC . E</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ... F</p> <p>HEALTH AND WELNESS CENTER G</p> <p>SUB-CENTRE/ ANM ..... H</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... I</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... J</p> <p>CAMP ..... K</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ..... L</p> <p>ASHA ..... M</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... N</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSPITAL . O</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC ..... P</p> <p>PVT. PARAMEDIC . Q</p> <p>ONLINE .</p> <p>CONSULTATION R</p> <p>DIGITAL HEALTH APPLICATION S</p> <p>AYUSH ..... T</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . U</p> <p>OTHER PVT. HEALTH FAC. . V</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>SHOP ..... W</p> <p>TRADITIONAL HEALER ..... X</p> <p>FRIEND/RELATIVE Y</p> <p>OTHER ..... Z</p> <p>(SPECIFY)</p>	<p><b>PUB. HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL</p> <p>HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH ..... B</p> <p>GOVT. DISP. ... C</p> <p>UHC/UHP/UFWC D</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC . E</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ... F</p> <p>HEALTH AND WELNESS CENTER G</p> <p>SUB-CENTRE/ ANM ..... H</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... I</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... J</p> <p>CAMP ..... K</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ..... L</p> <p>ASHA ..... M</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ..... N</p> <p><b>PVT. HEALTH SECTOR</b></p> <p>PVT. HOSPITAL . O</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC ..... P</p> <p>PVT. PARAMEDIC . Q</p> <p>ONLINE .</p> <p>CONSULTATION R</p> <p>DIGITAL HEALTH APPLICATION S</p> <p>AYUSH ..... T</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . U</p> <p>OTHER PVT. HEALTH FAC. . V</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>SHOP ..... W</p> <p>TRADITIONAL HEALER ..... X</p> <p>FRIEND/RELATIVE Y</p> <p>OTHER ..... Z</p> <p>(SPECIFY)</p>
540	CHECK 539:	<p>TWO OR ONLY</p> <p><input type="checkbox"/> MORE <input type="checkbox"/> ONE</p> <p><input type="checkbox"/> CODES <input type="checkbox"/> CODE</p> <p><input type="checkbox"/> CIRCLED <input type="checkbox"/> CIRCLED</p> <p>(SKIP TO 542) ←</p>	<p>TWO OR ONLY</p> <p><input type="checkbox"/> MORE <input type="checkbox"/> ONE</p> <p><input type="checkbox"/> CODES <input type="checkbox"/> CODE</p> <p><input type="checkbox"/> CIRCLED <input type="checkbox"/> CIRCLED</p> <p>(SKIP TO 542) ←</p>	<p>TWO OR ONLY</p> <p><input type="checkbox"/> MORE <input type="checkbox"/> ONE</p> <p><input type="checkbox"/> CODES <input type="checkbox"/> CODE</p> <p><input type="checkbox"/> CIRCLED <input type="checkbox"/> CIRCLED</p> <p>(SKIP TO 542) ←</p>
541	<p>आपने पहली बार कहां से सलाह ली या इलाज करवाया?</p> <p>Where did you first seek advice or treatment?</p> <p>USE LETTER CODE FROM 539.</p>	FIRST PLACE <input type="checkbox"/>	FIRST PLACE <input type="checkbox"/>	FIRST PLACE <input type="checkbox"/>
542	<p>बीमारी शुरू होने के कितने दिनों के बाद आपने (NAME) के लिए पहली बार सलाह ली या इलाज करवाया?</p> <p>How many days after the illness began did you first seek advice or treatment for (NAME)?</p> <p>IF THE SAME DAY, RECORD '00'.</p>	DAYS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DAYS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DAYS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
543	<p>बीमारी के दौरान किसी भी समय, क्या (NAME) ने बीमारी के लिए कोई दवा ली थी?</p> <p>At any time during the illness, did (NAME) take any drugs for the illness?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 549) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 549) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 549) ←</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
544	<p>(NAME) ने कौन-सी दवा ली थी? कोई अन्य दवा?</p> <p>What drugs did (NAME) take? Any other drugs?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p> <p>ASK FOR PRESCRIPTION AND MEDICINE SAMPLE.</p>	<p><b>ANTIMALARIAL DRUGS</b></p> <p>CHLOROQUINE . A</p> <p>PRIMAQUINE ... B</p> <p>SP/FANSIDAR ... C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>ARTEMISININ</p> <p>COMBINATION THERAPY ... E</p> <p>OTHER ANTI- MALARIAL ... F</p> <p>UNKNOWN ANTI- MALARIAL ... G</p> <p>ANTIBIOTIC DRUG . H</p> <p><b>OTHER DRUGS</b></p> <p>ASPIRIN ..... I</p> <p>ACETA- MINOPHEN/ PARACETAMOL J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>OTHER _____ X (SPECIFY)</p> <p>UNKNOWN DRUG . Z</p>	<p><b>ANTIMALARIAL DRUGS</b></p> <p>CHLOROQUINE . A</p> <p>PRIMAQUINE ... B</p> <p>SP/FANSIDAR ... C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>ARTEMISININ</p> <p>COMBINATION THERAPY ... E</p> <p>OTHER ANTI- MALARIAL ... F</p> <p>UNKNOWN ANTI- MALARIAL ... G</p> <p>ANTIBIOTIC DRUG . H</p> <p><b>OTHER DRUGS</b></p> <p>ASPIRIN ..... I</p> <p>ACETA- MINOPHEN/ PARACETAMOL J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>OTHER _____ X (SPECIFY)</p> <p>UNKNOWN DRUG . Z</p>	<p><b>ANTIMALARIAL DRUGS</b></p> <p>CHLOROQUINE . A</p> <p>PRIMAQUINE ... B</p> <p>SP/FANSIDAR ... C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>ARTEMISININ</p> <p>COMBINATION THERAPY ... E</p> <p>OTHER ANTI- MALARIAL ... F</p> <p>UNKNOWN ANTI- MALARIAL ... G</p> <p>ANTIBIOTIC DRUG . H</p> <p><b>OTHER DRUGS</b></p> <p>ASPIRIN ..... I</p> <p>ACETA- MINOPHEN/ PARACETAMOL J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>OTHER _____ X (SPECIFY)</p> <p>UNKNOWN DRUG . Z</p>
545	<p>CHECK 544:</p> <p>ANY CODE 'A-G' RECORDED</p>	<p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(SKIP TO 549) ←</p>	<p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(SKIP TO 549) ←</p>	<p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(SKIP TO 549) ←</p>
546	<p>बुखार आने के कितनी देर बाद (NAME) ने पहली बार (DRUG(S) FROM 544 A-G) दवा ली?</p> <p>How long after the fever started, did (NAME) first take (DRUG(S) FROM 544 A-G)?</p>	<p>SAME DAY ..... 1</p> <p>NEXT DAY ..... 2</p> <p>TWO DAYS AFTER</p> <p>FEVER ..... 3</p> <p>THREE OR MORE DAYS</p> <p>AFTER FEVER . 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>SAME DAY ..... 1</p> <p>NEXT DAY ..... 2</p> <p>TWO DAYS AFTER</p> <p>FEVER ..... 3</p> <p>THREE OR MORE DAYS</p> <p>AFTER FEVER . 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>SAME DAY ..... 1</p> <p>NEXT DAY ..... 2</p> <p>TWO DAYS AFTER</p> <p>FEVER ..... 3</p> <p>THREE OR MORE DAYS</p> <p>AFTER FEVER . 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
547	<p>CHECK 544:</p> <p>CODE 'E' RECORDED</p>	<p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(SKIP TO 549) ←</p>	<p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(SKIP TO 549) ←</p>	<p>YES NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(SKIP TO 549) ←</p>
548	<p>बुखार आने के कितने समय के बाद (NAME) को पहली आर्टिमिसिनिन कॉम्बिनेशन थेरपी दी गई थी?</p> <p>How long after the fever started did (NAME) first take an artemisinin combination therapy?</p>	<p>SAME DAY ..... 1</p> <p>NEXT DAY ..... 2</p> <p>TWO DAYS AFTER</p> <p>FEVER ..... 3</p> <p>THREE OR MORE DAYS</p> <p>AFTER FEVER ..... 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>SAME DAY ..... 1</p> <p>NEXT DAY ..... 2</p> <p>TWO DAYS AFTER</p> <p>FEVER ..... 3</p> <p>THREE OR MORE DAYS</p> <p>AFTER FEVER ..... 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>SAME DAY ..... 1</p> <p>NEXT DAY ..... 2</p> <p>TWO DAYS AFTER</p> <p>FEVER ..... 3</p> <p>THREE OR MORE DAYS</p> <p>AFTER FEVER ..... 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>
549	<p>पिछले 12 महीनों में, (NAME) को आंगनवाड़ी /आइसीडीएस केन्द्र से कब-कब (कितनी बार) भोजन मिला है?</p> <p>In the last 12 months, how often has (NAME) received food from the anganwadi/ICDS centre?</p>	<p>NOT AT ALL ..... 0</p> <p>ALMOST DAILY ... 1</p> <p>AT LEAST ONCE</p> <p>A WEEK ..... 2</p> <p>AT LEAST ONCE</p> <p>A MONTH ..... 3</p> <p>LESS OFTEN ..... 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>NOT AT ALL ..... 0</p> <p>ALMOST DAILY ... 1</p> <p>AT LEAST ONCE</p> <p>A WEEK ..... 2</p> <p>AT LEAST ONCE</p> <p>A MONTH ..... 3</p> <p>LESS OFTEN ..... 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	<p>NOT AT ALL ..... 0</p> <p>ALMOST DAILY ... 1</p> <p>AT LEAST ONCE</p> <p>A WEEK ..... 2</p> <p>AT LEAST ONCE</p> <p>A MONTH ..... 3</p> <p>LESS OFTEN ..... 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
550	<p>पिछले 12 महीनों में, (NAME) प्रारंभिक बाल्यावस्था देखभाल या शाला पूर्व शिक्षा के लिए आंगनवाड़ी /आइसीडीएस केन्द्र में कब-कब (कितनी) बार गया/गई: नियमित रूप से, कभी-कभार या बिल्कुल नहीं ?</p> <p>In the last 12 months, how often did (NAME) go to the <i>anganwadi</i>/ ICDS centre for early childhood care or for preschool: regularly, occasionally, or not at all?</p>	REG. .... 1 OCC ..... 2 NOT AT ALL ..... 3 DON'T KNOW ..... 8	REG. .... 1 OCC ..... 2 NOT AT ALL ..... 3 DON'T KNOW ..... 8	REG. .... 1 OCC ..... 2 NOT AT ALL ..... 3 DON'T KNOW ..... 8
551	<p>पिछले 12 महीनों में, आंगनवाड़ी /आइसीडीएस केन्द्र द्वारा (NAME) का वजन कब-कब (कितनी बार )मापा गया है?</p> <p>In the last 12 months, how often has (NAME)'s weight been measured by the <i>anganwadi</i>/ICDS centre?</p>	NOT AT ALL ..... 0 AT LEAST ONCE A MONTH ..... 1 AT LEAST ONCE IN 3 MONTHS ..... 2 LESS OFTEN ..... 3 DON'T KNOW ..... 8	NOT AT ALL ..... 0 AT LEAST ONCE A MONTH ..... 1 AT LEAST ONCE IN 3 MONTHS ..... 2 LESS OFTEN ..... 3 DON'T KNOW ..... 8	NOT AT ALL ..... 0 AT LEAST ONCE A MONTH ..... 1 AT LEAST ONCE IN 3 MONTHS ..... 2 LESS OFTEN ..... 3 DON'T KNOW ..... 8
552	<p>पिछले 6 महीनों में, क्या किसी सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने आपसे इस बारे में बात की कि (NAME) को कैसे या क्या खिलाना है ?</p> <p>In the last 6 months, did any community health worker talk to you about how or what to feed (NAME)?</p>	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
553	<p>पिछले 6 महीनों में, क्या किसी सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने (NAME) के टीकाकरण के बारे में बात की थी ?</p> <p>In the last 6 months, did any community health worker talk to you about (NAME)'s child immunizations?</p>	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8
554		GO BACK TO 501A IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 555.	GO BACK TO 501A IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 555.	GO TO 501A IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 555.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
555	<p>CHECK 215 AND 218, ALL ROWS:</p> <p>NUMBER OF CHILDREN BORN IN 2021 OR LATER LIVING WITH THE RESPONDENT</p> <p>ONE OR MORE <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/></p> <p>RECORD NAME OF YOUNGEST CHILD LIVING WITH HER AND CONTINUE WITH 556</p> <p>_____</p> <p>(NAME)</p>		557
556	<p>पिछली बार (NAME OF YOUNGEST CHILD) ने शौच [टट्टी] की थी तो उसे फेकने के लिए क्या किया गया था?</p> <p>The last time (NAME OF YOUNGEST CHILD) passed stools, what was done to dispose of the stools?</p>	<p>CHILD USED TOILET OR LATRINE ... 1</p> <p>PUT/RINSED</p> <p>INTO TOILET OR LATRINE ..... 2</p> <p>PUT/RINSED</p> <p>INTO DRAIN OR DITCH ..... 3</p> <p>THROWN INTO GARBAGE ..... 4</p> <p>BURIED ..... 5</p> <p>LEFT IN THE OPEN ..... 6</p> <p>OTHER _____ 96</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>	
557	<p>CHECK 524(a), ALL COLUMNS:</p> <p>NO CHILD <input type="checkbox"/> ANY CHILD <input type="checkbox"/></p> <p>RECEIVED FLUID RECEIVED FLUID</p> <p>FROM ORS PACKET FROM ORS PACKET</p>		601
558	<p>क्या आपने कभी एक विशेष उत्पाद ORS के बारे में सुना है जो आप दस्त के इलाज के लिए ले सकते हैं  (LOCAL NAME FOR ORS PACKET) क्या आपने पहले कभी इनके जैसा पैकेट देखा है?</p> <p>Have you ever heard of a special product called (LOCAL NAME FOR ORS PACKET) you can get for the treatment of diarrhoea?</p> <p>IF SHE HAS NEVER HEARD OF ORS, SHOW GOVERNMENT AND COMMERCIAL ORS PACKETS AND ASK: Have you ever seen a packet like one of these before?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
559	<p>CHECK 215: ANY LIVE BIRTH IN 2017 OR LATER</p> <p>ONE OR MORE <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/></p> <p>CHECK '501A</p>		601

**SECTION 6. FERTILITY PREFERENCES**

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
601	CHECK 301: NEVER MARRIED <input type="checkbox"/> _____ OTHER <input type="checkbox"/>		615
602	CHECK 322: WOMAN OR MAN STERILIZED <input type="checkbox"/> _____ OTHER <input type="checkbox"/>		615
603	CHECK 252 AND 255: HAS HAD A <input type="checkbox"/> _____ HYSTERECTOMY HAS NOT HAD <input type="checkbox"/> _____ A HYSTERECTOMY		615
604	CHECK 227: PREGNANT <input type="checkbox"/> _____ NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/>		606
605	अब मैं भविष्य के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। अभी आपको जो बच्चा होने वाला है, उसके बाद क्या आप और बच्चा चाहेंगी या आप और बच्चा नहीं चाहेंगी?  Now I have some questions about the future. After the child you are expecting now, would you like to have another child, or would you prefer not to have any more children?	HAVE ANOTHER CHILD ..... 1 NO MORE ..... 2 UNDECIDED/DON'T KNOW ..... 8	607 613
606	अब मैं भविष्य के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। क्या आप (और) बच्चा चाहेंगी या आप कोई (और) बच्चा नहीं चाहेंगी?  Now I have some questions about the future. Would you like to have (a/another) child, or would you prefer not to have any (more) children?	HAVE (A/ANOTHER) CHILD ..... 1 NO MORE/NONE ..... 2 SAYS SHE CAN'T GET PREGNANT ..... 3 UNDECIDED/DON'T KNOW ..... 8	609 615 612
607	CHECK 227:  NOT PREGNANT <input type="checkbox"/> _____ OR UNSURE  PREGNANT <input type="checkbox"/> _____  a. आप अब से लेकर और कितने समय तक (अगला) बच्चा होने का इंतजार करना चाहेंगी?  How long would you like to wait from now before the birth of (a/another) child?  b. अभी आपको जो बच्चा होने वाला है, उसके बाद अगला बच्चा पैदा होने तक आप कितने समय तक इंतजार करना चाहेंगी?  After the birth of the child you are expecting now, how long would you like to wait before the birth of another child?	MONTHS ..... 1 YEARS ..... 2  SOON/NOW ..... 993 SAYS SHE CAN'T GET PREGNANT ..... 994  OTHER ..... 996 (SPECIFY) DON'T KNOW ..... 998	609 615 609
608	CHECK 227: NOT PREGNANT <input type="checkbox"/> _____ OR UNSURE PREGNANT <input type="checkbox"/>		613
609	CHECK 322: USING A CONTRACEPTIVE METHOD? NOT ASKED <input type="checkbox"/> _____ NOT CURRENTLY USING <input type="checkbox"/> _____ CURRENTLY USING <input type="checkbox"/>		615
610	CHECK 607: NOT ASKED <input type="checkbox"/> _____ 24 OR MORE MONTHS <input type="checkbox"/> _____ OR 02 OR MORE YEARS 00-23 MONTHS <input type="checkbox"/> _____ OR 00-01 YEAR		614

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
611	<p>CHECK 605 AND 606:</p> <p>WANTS TO HAVE <input type="checkbox"/> WANTS NO MORE/ <input type="checkbox"/> A/ANOTHER CHILD NONE</p> <p>a. आपने कहा है कि आपको जल्दी (और) बच्चे नहीं चाहिए लेकिन गर्भधारण टालने के लिए आप किसी विधि का इस्तेमाल नहीं कर रही हैं। क्या आप बता सकती हैं कि आप किसी भी विधि का इस्तेमाल क्यों नहीं कर रही हैं? PROBE: कोई अन्य कारण?</p> <p>b. आपने कहा है कि आपको कोई (और) बच्चे नहीं चाहिए लेकिन गर्भधारण टालने के लिए आप किसी विधि का इस्तेमाल नहीं कर रही हैं। क्या आप बता सकती हैं कि आप किसी भी विधि का इस्तेमाल क्यों नहीं कर रही हैं? PROBE: कोई अन्य कारण?</p> <p>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 a method?</p> <p>PROBE: Any other reason?</p> <p>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 a method?</p> <p>PROBE: Any other reason?</p> <p>RECORD ALL REASONS MENTIONED.</p>	<p>NOT CURRENTLY MARRIED ..... A</p> <p><b>FERTILITY-RELATED REASONS</b></p> <p>NOT HAVING SEX ..... B</p> <p>INFREQUENT SEX ..... C</p> <p>MENOPAUSAL ..... D</p> <p>HYSTERECTOMY ..... E</p> <p>CAN'T GET PREGNANT ..... F</p> <p>NOT MENSTRUATED SINCE LAST BIRTH ..... G</p> <p>BREASTFEEDING ..... H</p> <p>FATALISTIC/UP TO GOD ..... I</p> <p><b>OPPOSITION TO USE</b></p> <p>RESPONDENT OPPOSED ..... J</p> <p>HUSBAND OPPOSED ..... K</p> <p>OTHERS OPPOSED ..... L</p> <p>RELIGIOUS PROHIBITION ..... M</p> <p><b>LACK OF KNOWLEDGE</b></p> <p>KNOWS NO METHOD ..... N</p> <p>KNOWS NO SOURCE ..... O</p> <p><b>METHOD-RELATED REASONS</b></p> <p>FEAR OF SIDE EFFECTS/ HEALTH CONCERNS ..... P</p> <p>LACK OF ACCESS/TOO FAR ..... Q</p> <p>COSTS TOO MUCH ..... R</p> <p>INCONVENIENT TO USE ..... S</p> <p>INTERFERES WITH BODY'S NORMAL PROCESSES ..... T</p> <p>DON'T LIKE EXISTING METHODS ..... U</p> <p>OTHER ..... X (SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW ..... Z</p>	
612	<p>CHECK 322: USING A CONTRACEPTIVE METHOD?</p> <p>NOT ASKED <input type="checkbox"/> NO, NOT CURRENTLY USING <input type="checkbox"/> YES, CURRENTLY USING <input type="checkbox"/></p>		615
613	<p>क्या आप सोचती हैं कि गर्भधारण टालने या रोकने के लिए आप अगले 12 महीनों में किसी गर्भ-निरोधक विधि का इस्तेमाल करेंगी?</p> <p>Do you think you will use a contraceptive method to delay or avoid pregnancy in the next 12 months?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	615
614	<p>क्या आप सोचती हैं कि गर्भधारण टालने या रोकने के लिए आप भविष्य में किसी भी समय किसी गर्भ-निरोधक विधि का इस्तेमाल करेंगी?</p> <p>Do you think you will use a contraceptive method to delay or avoid pregnancy at any time in the future?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	
615	<p>CHECK 216:</p> <p>HAS LIVING CHILDREN <input type="checkbox"/> NO LIVING CHILDREN <input type="checkbox"/></p> <p>a. यदि आप उस समय में लौट सकें जब आपको कोई बच्चा नहीं था और आप अपने पूरे जीवन में होने वाले बच्चों की कुल संख्या को चुन सकतीं, तो वे कितने बच्चे होते?</p> <p>b. यदि आप अपने पूरे जीवन में होने वाले बच्चों की कुल संख्या को चुन सकतीं, तो वे कितने बच्चे होते?</p> <p>If you could go back to the time you did not have any children and could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many would that be?</p> <p>If you could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many would that be?</p> <p>PROBE FOR A NUMERIC RESPONSE.</p>	<p>NONE ..... 00</p> <p>NUMBER ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTHER ..... 96 (SPECIFY)</p>	617



NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
616	<p>इन बच्चों में से आप कितनों का लड़का होना पसंद करतीं, कितनों का लड़की होना पसंद करतीं और कितने बच्चों के मामले में लड़का-लड़की होने से कोई फर्क नहीं पड़ता?</p> <p>How many of these children would you like to be boys, how many would you like to be girls and for how many would it not matter if it's a boy or a girl?</p>	<p>BOYS      GIRLS      EITHER</p> <p>NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTHER _____ 96 (SPECIFY)</p>	
617	<p>पिछले कुछ महीनों में क्या आपने:</p> <p>In the last 12 months have you:</p> <p>a. परिवार नियोजन के बारे में रेडियो पर कुछ सुना हैं? Heard about family planning on the radio?</p> <p>b. टेलीवीजन पर परिवार नियोजन के बारे में कुछ देखा हैं? Seen anything about family planning on the television?</p> <p>c. समाचारपत्र या पत्रिका में परिवार नियोजन के बारे में कुछ पढ़ा हैं? Read about family planning in a newspaper or magazine?</p> <p>मोबाइल फोन पर परिवार नियोजन के बारे में कोई संदेश पढ़ा या सुना है ?</p> <p>d. Received a voice or text message about family planning on a mobile phone?</p> <p>सोशल मीडिया जैसे फेसबुक, ट्वीटर या इंस्टाग्राम पर परिवार नियोजन के बारे में कुछ देखा ?</p> <p>e. Seen anything about family planning on social media such as Facebook, Twitter, or Instagram?</p> <p>पोस्टर पत्रक (लीफलेट) या ब्रोशर में परिवार नियोजन के बारे में कुछ देखा?</p> <p>f. Seen anything about family planning on a poster, leaflet or brochure?</p> <p>कहीं बाहर बोर्ड (आउटडोर साइन और बिलबोर्ड) पर परिवार नियोजन के बारे में कुछ देखा ?</p> <p>g. Seen anything about family planning on an outdoor sign or billboard?</p> <p>सामुदायिक बैठकों या कार्यक्रमों में परिवार नियोजन के बारे में कुछ सुना ?</p> <p>h. Heard anything about family planning at community meetings or events?</p>	<p>YES NO</p> <p>a) RADIO 1 2</p> <p>b) TELEVISION 1 2</p> <p>c) NEWSPAPER OR MAGAZINE 1 2</p> <p>d) MOBILE PHONE 1 2</p> <p>e) FACEBOOK/TWITTER/INSTAGRAM 1 2</p> <p>f) POSTER/LEAFLET/BROCHURE 1 2</p> <p>g) OUTDOOR SIGN/BILLBOARD 1 2</p> <p>h) COMMUNITY MEETINGS/EVENTS 1 2</p>	
618	<p>CHECK 301:</p> <p>CURRENTLY <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p> <p>MARRIED/LIVE-IN RELATIONSHIP</p>		626
620	<p>गर्भनिरोधक का उपयोग करना चाहिए या नहीं, इस बात पर आमतौर पर कौन निर्णय लेता है -आप, आपके (पति/साथी), आप और आपके (पति/साथी) संयुक्त रूप से या कोई और ?</p> <p>Who usually makes the decision on whether or not you should use contraception, you, your (husband/partner), you and your (husband/partner) jointly, or someone else?</p>	<p>RESPONDENT ..... 1</p> <p>HUSBAND/PARTNER ..... 2</p> <p>RESPONDENT AND HUSBAND/PARTNER JOINTLY ..... 3</p> <p>SOMEONE ELSE ..... 4</p> <p>OTHER ..... 6</p> <p>(SPECIFY)(SPECIFY)</p>	622
621	<p>अपने (पति/साथी) के साथ यह निर्णय लेते समय, क्या आप यह कहेंगी कि आपकी राय आपके (पति/साथी) की राय से अधिक महत्वपूर्ण, समान रूप से महत्वपूर्ण या कम महत्वपूर्ण है ?</p> <p>When making this decision with your (husband/partner), would you say that your opinion is more important, equally important, or less important than your (husband's/partner's) opinion?</p>	<p>MORE IMPORTANT ..... 1</p> <p>EQUALLY IMPORTANT ..... 2</p> <p>LESS IMPORTANT ..... 3</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
622	<p>जब आप गर्भवती नहीं होना चाहती थीं तो क्या उस समय आपके पति /साथी या परिवार के किसी अन्य सदस्य ने कभी आप पर गर्भवती होने के लिए दबाव डालने की कोशिश की ?</p> <p>Has your husband/partner or any other family member ever tried to pressurize you to become pregnant when you did not want to become pregnant?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>																	
623	<p>CHECK 322:</p> <p>WOMAN OR MAN <input type="checkbox"/> _____ → 626</p> <p>STERILIZED</p> <p>OTHER <input type="checkbox"/> ↓</p>																		
624	<p>CHECK 252 AND 255:</p> <p>HAS HAD A <input type="checkbox"/> _____ → 626</p> <p>HYSTERECTOMY</p> <p>HAS NOT HAD <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>A HYSTERECTOMY</p>																		
625	<p>क्या आपके पति उतने ही बच्चे चाहते हैं, जितना, आप चाहती हैं या वे उससे ज्यादा या कम बच्चे चाहते हैं?</p> <p>Does your husband/partner want the same number of children that you want, or does he want more or fewer than you want?</p>	<p>SAME NUMBER ..... 1</p> <p>MORE CHILDREN ..... 2</p> <p>FEWER CHILDREN ..... 3</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>																	
626	<p>पति और पत्नी हमेशा सभी चीजों पर सहमत नहीं होते हैं। कृपया मुझे बताएं यदि आप यह सोचती हैं कि पत्नी द्वारा पति को संभोग के लिए मना करना उचित है जब:</p> <p>Husbands and wives do not always agree on everything. Please tell me if you think a wife is justified in refusing to have sex with her husband when:</p> <p>a. वह जानती है कि उसके पति को यौन संबंधों से फैलने वाला रोग है। She knows her husband has a sexually transmitted disease.</p> <p>b. वह जानती है कि उसके पति का दूसरी महिलाओं के साथ यौन संबंध है। She knows her husband has sex with other women.</p> <p>c. वह थकी हुई है या उसका संभोग के लिए मन (मूड) नहीं है। She is tired or not in the mood.</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>YES</th><th>NO</th><th>DON'T KNOW</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HAS STD .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>OTHER WOMEN ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>TIRED/NOT IN MOOD .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		YES	NO	DON'T KNOW	HAS STD .....	1	2	8	OTHER WOMEN ....	1	2	8	TIRED/NOT IN MOOD .	1	2	8	
	YES	NO	DON'T KNOW																
HAS STD .....	1	2	8																
OTHER WOMEN ....	1	2	8																
TIRED/NOT IN MOOD .	1	2	8																
627	<p>CHECK COVER PAGE: HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?</p> <p>YES <input type="checkbox"/> _____ → 701</p> <p>NO <input type="checkbox"/> _____ → 1140</p>																		

## SECTION 7. OTHER HEALTH ISSUES

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																				
701	<p>अब मैं आपसे आप ही के लिए चिकित्सा संबंधी देखभाल के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। कई विभिन्न कारण हो सकते हैं जो महिलाओं को अपने लिए डॉक्टर की सलाह लेने या इलाज कराने से रोक सकते हैं। जब आप बीमार होती हैं और डॉक्टर की सलाह लेना या इलाज कराना चाहती हैं, तो इनमें से प्रत्येक क्या आपके लिए बड़ी समस्या है, छोटी समस्या है, या आपके लिए यह समस्या नहीं है:</p> <p>Now I would like to ask you some questions about medical care for you yourself. Many different factors can prevent women from getting medical advice or treatment for themselves. When you are sick and want to get medical advice or treatment, is each of the following a big problem, a small problem, or no problem:</p> <p>a. जाने के लिए अनुमति लेना? Getting permission to go?</p> <p>b. इलाज के लिए पैसा लेना? Getting money needed for treatment?</p> <p>c. स्वास्थ्य सुविधा तक की दूरी? The distance to the health facility?</p> <p>d. आने जाने के लिए साधन लेना? Having to take transport?</p> <p>e. अपने साथ जाने के लिए किसी को ढूँढना? Finding someone to go with you?</p> <p>f. चिंता की वहां पर कोई महिला स्वास्थ्य प्रदानकर्ता नहीं होंगी? Concern that there may not be a female healthcare provider?</p> <p>g. चिंता की वहां पर कोई स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता ही नहीं होंगे? Concern that there may not be any healthcare provider?</p> <p>h. चिंता की वहां पर दवाईयां उपलब्ध नहीं होंगी? Concern that there may be no drugs available?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>BIG PROB- LEM</th><th>SMALL PROB- LEM</th><th>NO PROB- LEM</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>GETTING MONEY . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>DISTANCE . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>TAKING TRANSPORT . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>FINDING SOMEONE . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NO FEMALE PROVIDER . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NO PROVIDER . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NO DRUGS . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		BIG PROB- LEM	SMALL PROB- LEM	NO PROB- LEM	PERMISSION . . . . .	1	2	3	GETTING MONEY . . . . .	1	2	3	DISTANCE . . . . .	1	2	3	TAKING TRANSPORT . . . . .	1	2	3	FINDING SOMEONE . . . . .	1	2	3	NO FEMALE PROVIDER . . . . .	1	2	3	NO PROVIDER . . . . .	1	2	3	NO DRUGS . . . . .	1	2	3	
	BIG PROB- LEM	SMALL PROB- LEM	NO PROB- LEM																																				
PERMISSION . . . . .	1	2	3																																				
GETTING MONEY . . . . .	1	2	3																																				
DISTANCE . . . . .	1	2	3																																				
TAKING TRANSPORT . . . . .	1	2	3																																				
FINDING SOMEONE . . . . .	1	2	3																																				
NO FEMALE PROVIDER . . . . .	1	2	3																																				
NO PROVIDER . . . . .	1	2	3																																				
NO DRUGS . . . . .	1	2	3																																				
702	<p>क्या आपको कभी खून चढ़ाया गया है?</p> <p>Have you ever had a blood transfusion?</p>	<p>YES . . . . . 1</p> <p>NO . . . . . 2</p>	→ 704																																				
703	<p>आपको आखिरी बार किस महीने और वर्ष में खून चढ़ाया गया था ?</p> <p>In which month and year did you have the last blood transfusion?</p>	<p>MONTH <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DO NOT REMEMBER . . . . . 98</p>																																					
704	<p>अब मैं आपसे धूम्रपान और तम्बाकू के सेवन के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। क्या वर्तमान में आप हर दिन या कभी-कभी सिगरेट पीती हैं या बिल्कुल नहीं पीती हैं?</p> <p>Now I would like to ask you some questions on smoking and tobacco use. Do you currently smoke cigarettes every day, some days, or not at all?</p>	<p>EVERY DAY . . . . . 1</p> <p>SOME DAYS . . . . . 2</p> <p>NOT AT ALL . . . . . 3</p>	→ 706																																				
705	<p>आजकल आप औसतन प्रतिदिन कितनी सिगरेट पीती हैं ?</p> <p>On average, how many cigarettes do you currently smoke each day?</p>	<p>NUMBER OF CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																					
706	<p>क्या आजकल आप हर दिन, कभी-कभी बीड़ी पीती हैं या बिल्कुल नहीं पीती हैं?</p> <p>Do you currently smoke <i>bidis</i> every day, some days, or not at all?</p>	<p>EVERY DAY . . . . . 1</p> <p>SOME DAYS . . . . . 2</p> <p>NOT AT ALL . . . . . 3</p>	→ 708																																				
707	<p>आजकल आप प्रतिदिन औसतन कितनी बीड़ी पीती हैं ?</p> <p>On average, how many <i>bidis</i> do you currently smoke each day?</p>	<p>NUMBER OF BIDIS <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																					
708	<p>क्या वर्तमान में आप धूम्रपान करती हैं या अन्य प्रकार के तम्बाकू का उपयोग करती हैं-हर दिन, कभी-कभी या बिल्कुल नहीं करती हैं ?</p> <p>Do you currently smoke or use any other type of tobacco every day, some days, or not at all?</p>	<p>EVERY DAY . . . . . 1</p> <p>SOME DAYS . . . . . 2</p> <p>NOT AT ALL . . . . . 3</p>	→ 710																																				

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
709	<p>आप वर्तमान में और किस-किस प्रकार से तम्बाकू का सेवन करती हैं?</p> <p>What other type of tobacco do you currently smoke or use?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED</p>	<p>CIGAR ..... A</p> <p>PIPE ..... B</p> <p>HOOKAH ..... C</p> <p>GUTKA/PAAN MASALA WITH TOBACCO ..... D</p> <p>KHAINI ..... E</p> <p>PAAN WITH TOBACCO ..... F</p> <p>OTHER CHEWING TOBACCO ..... G</p> <p>SNUFF ..... H</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p>	
710	<p>अब मैं आपसे शराब पीने के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। क्या आपने कभी बियर, वाइन, स्प्रिट या [ADD OTHER LOCAL EXAMPLES] जैसी किसी शराब का सेवन किया है ?</p> <p>Now I would like to ask you some questions about drinking alcohol. Have you ever consumed any alcohol, such as beer, wine, spirits, or [ADD OTHER LOCAL EXAMPLES]?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 713
711	<p>पिछले एक महीने के दौरान आपने कितने दिन शराब के कम से कम एक पेय का सेवन किया था ?</p> <p>During the last one month, on how many days did you have at least one drink of alcohol?</p> <p>IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE. IF RESPONDENT ANSWERS 'EVERY DAY' OR 'ALMOST EVERY DAY,' CODE '95'.</p>	<p>DID NOT HAVE EVEN ONE DRINK ..... 00</p> <p>NUMBER OF DAYS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>EVERY DAY/ALMOST EVERY DAY ..... 95</p>	→ 713
712	<p>हम शराब के एक पेय को बियर की एक कैन या बोतल, वाइन का एक ग्लास, स्प्रिट का एक शॉट या [ADD OTHER LOCAL EXAMPLES] का एक कप के रूप में गिनते हैं। पिछले एक महीने में, जिन दिनों आपने शराब पी थी, आमतौर पर आप प्रतिदिन कितने पेय पीती थीं?</p> <p>We count one drink of alcohol as one can or bottle of beer, one glass of wine, one shot of spirits, or one cup of [ADD OTHER LOCAL EXAMPLES]. In the last one month, on the days that you drank alcohol, how many drinks did you usually have per day?</p>	<p>LESS THAN ONE STANDARD DRINK ..... 00</p> <p>NUMBER OF DRINKS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
713	<p>क्या आपने कभी ऐसी बीमारी के बारे में सुना है जिसे तपेदिक या टी बी कहते हैं?</p> <p>Have you ever heard of an illness called tuberculosis or TB?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 717
714	<p>तपेदिक [टी बी] एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को किस प्रकार फैलता है? PROBE: किसी अन्य तरह से?</p> <p>How does tuberculosis spread from one person to another? PROBE: Any other ways?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>THROUGH THE AIR WHEN COUGHING OR SNEEZING ..... A</p> <p>THROUGH SHARING UTENSILS ..... B</p> <p>THROUGH TOUCHING A PERSON WITH TB ..... C</p> <p>THROUGH FOOD ..... D</p> <p>THROUGH SEXUAL CONTACT ..... E</p> <p>THROUGH MOSQUITO BITE ..... F</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW ..... Z</p>	
715	<p>क्या तपेदिक [टी बी] को ठीक किया जा सकता है?</p> <p>Can tuberculosis be cured?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	
716	<p>यदि आपके परिवार के किसी सदस्य को तपेदिक [टी बी] हो जाता है तो क्या आप इसे गुप्त रखना चाहेंगी या नहीं?</p> <p>If a member of your family got tuberculosis, would you want it to remain a secret or not?</p>	<p>YES, REMAIN A SECRET ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW/NOT SURE/ DEPENDS ..... 8</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES		SKIP
717	क्या आपने एनीमिया (खून की कमी ) के बारे में सुना है ? Have you heard of anaemia?	YES ..... 1 NO ..... 2		→ 719
718	एनीमिया (खून की कमी ) के क्या क्या कारण हैं? कोई अन्य? What are the causes of anaemia? Any other?  RECORD ALL MENTIONED	LOW INTAKE OF GREEN LEAFY VEGETABLES ..... A INFECTIONS ..... B GENETIC CAUSES ..... C INJURIES ..... D HEAVY BLEEDING IN MENSES ..... E OTHER ..... X (SPECIFY)		
719	क्या आपने हेपेटाइटिस बी या हेपेटाइटिस सी के बारे में सुना है ? Have you heard of Hepatitis B or Hepatitis C ?	YES ..... 1 NO ..... 2		→ 721
720	हेपेटाइटिस बी/हेपेटाइटिस सी एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में कैसे फैलता है ?  How does Hepatitis B/Hepatitis C spread from one person to another?	BLOOD PRODUCTS ..... A INJECTING DRUGS ..... B OTHER ..... X (SPECIFY) DON'T KNOW ..... Y		
721	A क्या वर्तमान में आपको ..... है? Do you currently have:	B क्या आपने इसका इलाज करवाया? Have you sought treatment for this problem?		
		CURRENTLY HAVE	YES	NO
a. मधुमेह [डायबिटीज] Diabetes?	YES 1 → NO 2 DK 8 ↓		1	2
b. उच्च रक्त चाप [हाइपरटेंशन] Hypertension?	YES 1 → NO 2 DK 8 ↓		1	2
c. दमा [अस्थमा] सहित पुराना श्वास संबंधी रोग A chronic respiratory disease including asthma?	YES 1 → NO 2 DK 8 ↓		1	2
d. गलगण्ड या अन्य थाइराइड संबंधी विकार [रोग] Goitre or any other thyroid disorder?	YES 1 → NO 2 DK 8 ↓		1	2
e. कोई हृदय रोग Any heart disease?	YES 1 → NO 2 DK 8 ↓		1	2
f. कैंसर Cancer?	YES 1 → NO 2 DK 8 ↓		1	2
g. कोई पुराना गुर्दा [किडनी] संबंधी विकार [रोग] Any chronic kidney disorder?	YES 1 → NO 2 DK 8 ↓		1	2
				722

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
722	<p>क्या किसी डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने स्तन कैंसर की जाँच के लिए आपके स्तनों की जाँच की है?</p> <p>Has a doctor or other healthcare provider examined your breasts to check for breast cancer?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	
723	<p>अब मैं आपसे उन जाँचों के बारे में पूछने जा रही हूँ जो एक स्वास्थ्यकर्मी सर्वाइकल (गर्भाशय ग्रीवा) कैंसर की जाँच के लिए कर सकता है जो कि गर्भाशय ग्रीवा का कैंसर है। कैंसर की जाँच के लिए महिला को पीठ के बल लेटकर पैर फैलाने के लिए कहा जाता है। फिर स्वास्थ्यकर्मी उस महिला की योनि के भीतर से सैंपल (नमूना) एकत्र करने के लिए ब्रश या स्वीब का उपयोग करते हैं। नमूने को जाँच के लिए प्रयोगशाला में भेजा जाता है। इस जाँच को पैप स्मीयर या एचपीवी जाँच कहा जाता है। एक अन्य विधि को वीआइए या एसिटिक एसिड के साथ विसुअल इन्स्पेक्शन कहा जाता है। इस जाँच में, स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ता गर्भाशय ग्रीवा पर यह देखने के लिए सिरका डालता है कि क्या वहाँ पर कोई प्रतिक्रिया है।</p> <p>Now I'm going to ask you about tests a healthcare worker can do to check for cervical cancer, which is cancer in the cervix. The cervix connects the womb to the vagina. To be checked for cervical cancer, a woman is asked to lie on her back with her legs apart. Then the healthcare worker will use a brush or swab to collect a sample from inside her. The sample is sent to a laboratory for testing. This test is called a Pap smear or HPV test. Another method is called a VIA or Visual Inspection with Acetic Acid. In this test, the healthcare worker puts vinegar on the cervix to see if there is a reaction.</p>		
724	<p>क्या कभी किसी डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्यकर्मी ने सर्वाइकल कैंसर के लिए आपकी जाँच की है?</p> <p>Has a doctor or other healthcare worker ever tested you for cervical cancer?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	
725	<p>क्या कभी किसी डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्यकर्मी ने मुँह के कैंसर के लिए आपका परीक्षण किया है?</p> <p>Has a doctor or other healthcare worker ever tested you for oral cancer?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	
726	<p>क्या आप किसी स्वास्थ्य योजना या स्वास्थ्य बीमा के अंतर्गत आती हैं?</p> <p>Are you covered by any health scheme or any health insurance ?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 728
727	<p>यह किस प्रकार की स्वास्थ्य वित्तपोषण योजना या स्वास्थ्य बीमा है ? कोई अन्य प्रकार ?</p> <p>What type of health financing scheme or health insurance?</p> <p>Any other type?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>EMPLOYEES STATE</p> <p>INSURANCE SCHEME (ESIS) ..... A</p> <p>CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME (CGHS) ..... B</p> <p>STATE HEALTH INSURANCE SCHEME ..... C</p> <p>PRADHAN MANTRI JAN AROGYA YOJANA (PM-JAY)/ AYUSHMAN BHARA' ..... D</p> <p>EX-SERVICEMEN CONTRIBUTORY HEALTH SCHEME (ECHS) ..... E</p> <p>RASHTRIYA SWASTHYA BIMA YOJANA (RSBY) ..... F</p> <p>COMMUNITY HEALTH INSURANCE PROGRAMME ..... G</p> <p>OTHER HEALTH INSURANCE THROUGH EMPLOYER ..... H</p> <p>MEDICAL REIMBURSEMENT FROM EMPLOYER ..... I</p> <p>OTHER PRIVATELY PURCHASED COMMERCIAL HEALTH INSURANCE ..... J</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES				SKIP
728	<p>आप स्वयं निम्नलिखित खाद्य पदार्थों को प्रायः कितनी बार खाती हैं: रोजाना, हफ्ते में एकबार, कभी-कभी, या कभी नहीं?</p> <p>How often do you yourself eat the following food items: daily, weekly, occasionally, or never:</p> <p>a. दूध या दही? Milk or curd?</p> <p>i. कच्चा दूध (गाय का दूध, बकरी का दूध, भैंस का दूध) ? Raw Milk (Cow milk, goat milk, buffalo milk)?</p> <p>ii. दूध के उत्पाद (दही, पनीर, लस्सी)? Milk products (Curd, paneer, lassi)?</p> <p>b. दालें या फलियाँ? Pulses or beans? अनाज?</p> <p>c. Cereals:</p> <p>i) चावल? Rice?</p> <p>ii) गेहूँ? Wheat?</p> <p>iii) बाजरा और अन्य अनाज? Millets and other grains?</p> <p>d. गहरी हरे पत्तेदार सब्जियाँ? Dark green leafy vegetables?</p> <p>e. फल? Fruits?</p> <p>f. अण्डे? Eggs?</p> <p>g. समुद्री भोजन: मछली तथा अन्य? Seafood: Fish and others?</p> <p>h. मुर्गी या गोश्त? Chicken or meat?</p> <p>i. मांस: चिकन या मटन? Flesh food: Chicken or mutton?</p> <p>i. शक्कर या गुड़? Sugar or jaggery?</p> <p>j. नमक (घरेलू खपत)? Salt (household consumption)?</p>					
		DAILY	WEEKLY	OCC.	NEVER	
	a.					
	i.	1	2	3	4	
	ii.	1	2	3	4	
	b.	1	2	3	4	
	c.					
	i.	1	2	3	4	
	ii.	1	2	3	4	
	iii.	1	2	3	4	
	d.	1	2	3	4	
	e.	1	2	3	4	
	f.	1	2	3	4	
	g.	1	2	3	4	
	h.					
	i.	1	2	3	4	
	i.	1	2	3	4	
	j.	1	2	3	4	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
	<p>k. खाद्य तेल (घरेलू खपत)? <b>Edible oil (household consumption)</b></p> <p>i. खाद्य रिफाइन तेल? Edible refined oil?</p> <p>ii. घी? Ghee?</p> <p>iii. वनस्पति? Vanaspati?</p> <p>iv. मक्खन(बटर)? Butter?</p> <p>l. +F लोगो के साथ फोर्टिफाइड स्टेपल आइटम? Fortified staples with +F logo?</p> <p>i) फोर्टिफाइड गेहूँ का आटा? Fortified wheat flour?</p> <p>ii) फोर्टिफाइड चावल? Fortified rice?</p> <p>iii) फोर्टिफाइड खाद्य तेल? Fortified edible oil?</p> <p>iv) फोर्टिफाइड दूध? Fortified milk?</p> <p>v) डबल फोर्टिफाइड नमक? Double fortified salt?</p> <p>m. तली हुई खाने की चीजें ( घर तथा बाहर दोनों जगह तैयार की गई) समोसा, पकौड़ा, पूरी, कचोरी , आलू टिक्की, चिप्स आदि)? Fried foods (prepared at home and outside, both) (samosa, pakoda, poori, kachori, aloo tikki, chips etc.)?</p> <p>n. मिठाई ( चॉकलेट, मिठाई आदि)? Sweets (chocolates, sweets etc.)?</p> <p>o. डिब्बाबंद खाद्य पदार्थ? Packaged foods?</p> <p>i) डिब्बाबंद तले हुए नमकीन खाद्य पदार्थ (चिप्स , मठरी, नमकीन, एक्सट्रुडेड( कुकी, सेवई, पारता, क्रैच फ्राइज , रेडी टू इट स्नैक्स ) नाश्ता आदि । Packaged fried-salty foods (chips, mathri, namkeen, extruded snacks, etc.)?</p> <p>ii) डिब्बाबंद बेकड (सैंके हुए) नमकीन खाद्य पदार्थ ( खारी, बिस्कुट, क्रैकर्स (बिस्कुट) आदि)? Packaged baked-salty foods (khari, biscuits, crackers, etc.)?</p> <p>iii) डिब्बाबंद पके हुए मीठे खाद्य पदार्थ ( बिस्कुट, केक, फुलका (मफिन) आदि? Packaged baked-sweet foods (biscuits, cakes, muffins, etc.)?</p> <p>iv) अन्य डिब्बाबंद खाद्य पदार्थ (सॉस, केचप, अचार आदि)? Other packaged foods (sauces, ketchups, pickles, etc.)?</p> <p>v) फोर्टिफाइड डिब्बाबंद खाद्य पदार्थ? Fortified packaged foods?</p> <p>p. नमकीन खाद्य पदार्थ (अचार, नमकीन, सॉस, केचप, पापड, पानी पूरी आदि)? Salty foods (pickles, namkeens, sauces, ketchups, papads, pani puri, etc.)?</p> <p>q. मीठे पेय पदार्थ (डिब्बाबंद तथा खुले दोनों) (वातित पेय, फलों के रस, शेक, नीम्बू पानी ( शरबत) आदि)? Sweetened beverages (packaged and unpackaged, both) (aerated drinks, fruit juices, shakes, lemonade, etc.)?</p> <p>r. बाहर का खाना (रेस्टोरेंट, स्ट्रीट वेंडर( सड़क पर बेचने वाले), मिठाई की दुकान से)? Outside food (from restaurant, street vendor, tuck shop)?</p> <p>s. तला हुआ खाद्य पदार्थ? Fried foods?</p> <p>t. शीत पेय? Aerated drinks?</p>	<p>k.</p> <p>i. 1 2 3 4</p> <p>ii. 1 2 3 4</p> <p>iii. 1 2 3 4</p> <p>iv. 1 2 3 4</p> <p>l.</p> <p>i. 1 2 3 4</p> <p>ii. 1 2 3 4</p> <p>iii. 1 2 3 4</p> <p>iv. 1 2 3 4</p> <p>v. 1 2 3 4</p> <p>m. 1 2 3 4</p> <p>n. 1 2 3 4</p> <p>o.</p> <p>i. 1 2 3 4</p> <p>ii. 1 2 3 4</p> <p>iii. 1 2 3 4</p> <p>iv. 1 2 3 4</p> <p>v. 1 2 3 4</p> <p>p. 1 2 3 4</p> <p>q. 1 2 3 4</p> <p>r. 1 2 3 4</p> <p>s. 1 2 3 4</p> <p>t. 1 2 3 4</p>	



SECTION 8. SEXUAL LIFE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
801	<p>CHECK 314 AND 315:</p> <p>HAS NOT HAD SEXUAL INTERCOURSE <input type="checkbox"/> (314 = '2' OR 315 = '00')</p> <p>HAS HAD SEXUAL INTERCOURSE <input type="checkbox"/></p>		819
802	<p>CHECK FOR THE PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY. READ TO RESPONDENTS:</p> <p>अब मैं आपसे संबंधों और लैंगिक जीवन के बारे में कुछ और सवाल पूछना चाहूंगी। मैं आपको फिर से विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रखे जायेंगे और किसी को नहीं बताये जायेंगे। अगर आप किसी प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहे तो मुझे बताये, मैं अगले प्रश्न पर चली जाऊँगी।</p> <p>Now I need to ask you some more questions about relationships and sexual life. Once again, let me assure you that your answers are completely confidential. If we should come to any question that you don't want to answer, just let me know and I will skip to the next question.</p>		
803	<p>CHECK 110:</p> <p>15-24 YEARS OLD <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 YEARS OLD <input type="checkbox"/></p>		805
804	<p>जब आपने पहली बार संभोग किया तो क्या कंडोम [निरोध] का इस्तेमाल किया गया था?</p> <p>The first time you had sexual intercourse, was a condom used?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW/DON'T REMEMBER ... 8</p>	
805	<p>मैं आपसे आपकी हाल की यौन गतिविधि के बारे में पूछना चाहूंगी। आपने आखिरी बार संभोग कब किया था?</p> <p>I would like to ask you about your recent sexual activity. When was the last time you had sexual intercourse?</p> <p>IF LESS THAN 12 MONTHS, ANSWER MUST BE RECORDED IN DAYS, WEEKS, OR MONTHS.</p> <p>IF 12 MONTHS OR MORE, ANSWER MUST BE RECORDED IN YEARS.</p>	<p>DAYS AGO ..... 1</p> <p>WEEKS AGO ..... 2</p> <p>MONTHS AGO ..... 3</p> <p>YEARS AGO ..... 4</p>	<p>807</p> <p>818</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SEXUAL PARTNER	SECOND-TO-LAST SEXUAL PARTNER						
806	आपने इस व्यक्ति के साथ आखिरी बार संभोग कब किया था?  When was the last time you had sexual intercourse with this person?		DAYS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> AGO ..... 1 WEEKS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> AGO ..... 2 MONTHS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> AGO ..... 3						
807	आपने आखिरी बार जब (इस अन्य व्यक्ति के साथ) संभोग किया, तो क्या निरोध का इस्तेमाल किया गया था?  The last time you had sexual intercourse (with this other person), was a condom used?	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 809) ←	YES ..... 1 NO ..... 2 (SKIP TO 809) ←						
808	पिछले 12 महीनों में इस व्यक्ति के साथ संभोग करते समय प्रत्येक बार क्या आपने कंडोम [निरोध] का इस्तेमाल किया था?  Was a condom used every time you had sexual intercourse with this person in the last 12 months?	YES ..... 1 NO ..... 2	YES ..... 1 NO ..... 2						
809	इस व्यक्ति का आपसे क्या संबंध था जिसके साथ अपने संभोग किया?  What was your relationship to this person with whom you had sexual intercourse?	HUSBAND ..... 1 LIVE-IN PARTNER ..... 2 BOYFRIEND NOT LIVING WITH RESPONDENT ..... 3 OTHER FRIEND ..... 4 RELATIVE ..... 5 CASUAL ACQUAINTANCE ..... 6 SEX WORKER/CLIENT ..... 7 OTHER ..... 96 (SPECIFY) (SKIP TO 812) ←	HUSBAND ..... 1 LIVE-IN PARTNER ..... 2 BOYFRIEND NOT LIVING WITH RESPONDENT ..... 3 OTHER FRIEND ..... 4 RELATIVE ..... 5 CASUAL ACQUAINTANCE ..... 6 SEX WORKER/CLIENT ..... 7 OTHER ..... 96 (SPECIFY) (SKIP TO 812) ←						
810	CHECK 307:	MARRIED ONLY <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> MARRIED MORE THAN ONCE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> (SKIP TO 812) ←			MARRIED ONLY <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> MARRIED MORE THAN ONCE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> (SKIP TO 812) ←				
811	CHECK 315:	FIRST TIME WHEN STARTED LIVING WITH FIRST HUSBAND <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> (SKIP TO 813) OTHER <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>			FIRST TIME WHEN STARTED LIVING WITH FIRST HUSBAND <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> (SKIP TO 813) OTHER <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>				

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SEXUAL PARTNER	SECOND-TO-LAST SEXUAL PARTNER
812	<p>कितने समय पहले आपने अपना पहला संभोग (पिछले से पहले वाले) इस साथी के साथ किया?</p> <p>How long ago did you first have sexual intercourse with this (second-to-last) person?</p>	<p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AGO ..... 1</p> <p>WEEKS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AGO ..... 2</p> <p>MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AGO ..... 3</p> <p>YEARS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AGO ..... 4</p>	<p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AGO ..... 1</p> <p>WEEKS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AGO ..... 2</p> <p>MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AGO ..... 3</p> <p>YEARS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AGO ..... 4</p>
813	<p>पिछले 12 महीनों में, आपने इस व्यक्ति के साथ कितनी बार संभोग किया?</p> <p>How many times during the last 12 months did you have sexual intercourse with this person?</p> <p>IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE.</p> <p>IF NUMBER OF TIMES IS 95 OR MORE, WRITE '95'.</p>	<p>NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
814	CHECK 110:	<p>AGE 15-24 <input type="text"/> AGE 25-49 <input type="text"/></p> <p>(SKIP TO 816) ←</p>	<p>AGE 15-24 <input type="text"/> AGE 25-49 <input type="text"/></p> <p>(SKIP TO 817) ←</p>
815	<p>इस व्यक्ति की उम्र कितनी है?</p> <p>How old is this person?</p>	<p>AGE OF PARTNER ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>	<p>AGE OF PARTNER ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>
816	<p>इस व्यक्ति के अलावा, क्या पिछले 12 महीनों में आपने किसी अन्य व्यक्ति के साथ संभोग किया है?</p> <p>Apart from this person, have you had sexual intercourse with any other person in the last 12 months?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>(GO BACK TO 806 IN NEXT COLUMN) ←</p> <p>NO ..... 2</p> <p>(SKIP TO 818) ←</p>	
817	<p>पिछले 12 महीनों में कुल मिलाकर आपने कितने व्यक्तियों के साथ संभोग किया है?</p> <p>In total, with how many different people have you had sexual intercourse in the last 12 months?</p> <p>IF NON-NUMERIC, PROBE TO GET AN ESTIMATE.</p> <p>IF NUMBER OF PARTNERS IS 95 OR MORE, WRITE '95'.</p>		<p>NUM. OF PARTNERS IN LAST 12 MONTHS . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP												
818	<p>आपने अपने जीवनकाल में कुल मिलाकर कितने व्यक्तियों के साथ संभोग किया है?</p> <p>In total, with how many different people have you had sexual intercourse in your lifetime?</p> <p>IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE. IF NUMBER OF PARTNERS IS GREATER THAN 95, RECORD '95'.</p>	<p>NUMBER OF PARTNERS IN LIFETIME <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ..... 98</p>													
819	<p>PRESENCE OF OTHERS DURING THIS SECTION</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>YES</th><th>NO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CHILDREN &lt;10</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>MALE ADULTS</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>FEMALE ADULTS</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		YES	NO	CHILDREN <10	1	2	MALE ADULTS	1	2	FEMALE ADULTS	1	2	
	YES	NO													
CHILDREN <10	1	2													
MALE ADULTS	1	2													
FEMALE ADULTS	1	2													
820	<p>क्या आपको उस स्थान की जानकारी है जहां से कोई व्यक्ति निरोध प्राप्त कर सकता है?</p> <p>Do you know of a place where a person can get condoms?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 901												
821	<p>वह स्थान कहाँ है?</p> <p>कोई अन्य स्थान?</p> <p>Where is that?</p> <p>Any other place?</p> <p>RECORD ALL SOURCES MENTIONED.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S).</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p><b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL .... A</p> <p>AYUSH ..... B</p> <p>GOVT. DISPENSARY ..... C</p> <p>UHC/UHP/UFWC ..... D</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC ..... E</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... F</p> <p>HEALTH AND WELNESS CENTRE .. G</p> <p>SUB-CENTRE/ANM ..... H</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC ..... I</p> <p>CAMP ..... J</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... K</p> <p>ASHA ..... L</p> <p>OTHER COMMUNITY BASED WORKER ..... M</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... N</p> <p>_____ (SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/ CLINIC ..... O</p> <p><b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b></p> <p>PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ DOCTOR ..... P</p> <p>PRIVATE PARAMEDIC..... Q</p> <p>PVT. MOBILE CLINIC ..... R</p> <p>AYUSH ..... S</p> <p>TRADITIONAL HEALER ..... T</p> <p>PHARMACY/DRUGSTORE ..... U</p> <p>DAI (TBA) ..... V</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... W</p> <p>_____ (SPECIFY)</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>RATION SHOP ..... Y</p> <p>OTHER SHOP ..... Z</p> <p>VENDING MACHINE..... a</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>_____ (SPECIFY)</p>													

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
822	यदि आप चाहे तो क्या आप स्वयं निरोध प्राप्त कर सकती हैं? If you wanted to, could you yourself get a condom?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW/UNSURE ..... 8	
823	CHECK 322 AND 807 : 322 = CODE 'H' OR 807 = YES <input type="checkbox"/> IN EITHER COLUMN <input type="checkbox"/>	OTHER <input type="checkbox"/> → 901	
824	पिछली बार आपने कंडोम या निरोध कहाँ से लिया था? From where did you obtain the condom last time?	<b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ..... 11 AYUSH ..... 12 GOVT. DISPENSARY ..... 13 UHC/UHP/UFWC ..... 14 CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC ..... 15 PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... 16 HEALTH AND WELLNESS CENTRE.. 17 SUB-CENTRE/ANM ..... 18 GOVT. MOBILE CLINIC ..... 19 CAMP ..... 20 ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... 21 ASHA ..... 22 OTHER COMMUNITY BASED WORKER ..... 23 OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... 24 (SPECIFY) NGO OR TRUST HOSPITAL/ CLINIC ..... 31 <b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b> PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ DOCTOR ..... 41 PRIVATE PARAMEDIC..... 42 PVT. MOBILE CLINIC ..... 43 AYUSH ..... 44 TRADITIONAL HEALER ..... 45 PHARMACY/DRUGSTORE ..... 46 DAI (TBA) ..... 47 OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... 48 (SPECIFY) <b>OTHER SOURCE</b> RATION SHOP ..... 51 OTHER SHOP ..... 52 VENDING MACHINE..... 53 FRIEND/RELATIVE ..... 54 OTHER ..... 96 (SPECIFY) DON'T KNOW ..... 98	

## SECTION 9. HUSBAND'S BACKGROUND AND WOMAN'S WORK

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
901	CHECK 301:  CURRENTLY MARRIED OR MARRIED GAUNA NOT PERFORMED/LIVE-IN RELATIONSHIP      NEVER MARRIED      OTHER		909  903
902	आपके पति/साथी की उनके पिछले जन्मदिन पर आयु क्या थी? How old was your husband/partner on his last birthday?	AGE IN COMPLETED YEARS ...	
903	क्या आपके (पिछले) पति/साथी कभी स्कूल गए हैं/थे? Did your (last) husband/partner ever attend school?	YES ..... 1 NO ..... 2	905
904	उन्होंने कौन-सा उच्चतम दर्जा पास किया था? What was the highest grade he completed?	GRADE .....  DONT KNOW ..... 98	
905	CHECK 901:  CURRENTLY MARRIED OR MARRIED GAUNA NOT PERFORMED/LIVE-IN RELATIONSHIP  a. आपके पति/साथी का व्यवसाय क्या है? अर्थात् मुख्य रूप से वे किस प्रकार का काम करते हैं?  What is your husband's/ partner's occupation? That is, what kind of work does he mainly do?  b. आपके (पिछले) पति/साथी का व्यवसाय क्या था? अर्थात् ,मुख्य रूप से वे किस प्रकार का काम करते थे?  What was your (last) husband's/partner's occupation? That is, what kind of work did he mainly do?		
906	CHECK 301:  CURRENTLY MARRIED	OTHER	909
907	क्या पिछले 7 दिनों में आपके पति ने कोई कार्य किया है? Has your husband done any work in the last 7 days?	YES ..... 1 NO ..... 2	909
908	क्या पिछले 12 महीनों में आपके पति ने कोई कार्य किया है? Has your husband done any work in the last 12 months?	YES ..... 1 NO ..... 2	
909	आपके अपने घरेलू काम के अलावा, क्या पिछले सात दिनों में आपने कोई काम किया है? Aside from your own housework, have you done any work in the last seven days?	YES ..... 1 NO ..... 2	913
910	जैसा कि आप जानती हैं, कुछ महिलाएं ऐसे काम करती हैं जिनके लिए उन्हें नगद या किसी चीज के रूप में भुगतान दिया जाता है.कुछ 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 और 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 ..... 1 NO ..... 2	913
911	यद्यपि आपने पिछले सात दिनों में काम नहीं किया तो भी क्या आपके पास कोई नौकरी या व्यापार है जिससे आप छुट्टी, बीमारी, अवकाश, प्रसूति छुट्टी या किसी अन्य ऐसे कारण से अनुपस्थित थीं?  Although you did not work in the last seven days, do you have any job or business from which you were absent for leave, illness, vacation, maternity leave or any other such reason?	YES ..... 1 NO ..... 2	913
912	पिछले 12 महीनों में क्या आपने कोई काम किया है? Have you done any work in the last 12 months?	YES ..... 1 NO ..... 2	917
913	आपका व्यवसाय क्या है, अर्थात् मुख्यतः आप किस प्रकार का काम करती हैं? What is your occupation, that is, what kind of work do you mainly do?		
914	क्या आप यह काम अपने परिवार के सदस्य के लिए या किसी अन्य के लिए करती हैं या अपना खुद का व्यवसाय है? Do you do this work for a member of your family, for someone else, or are you self-employed?	FOR FAMILY MEMBER ..... 1 FOR SOMEONE ELSE ..... 2 SELF-EMPLOYED ..... 3	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP												
915	<p>क्या आप सामान्यतः पूरे वर्ष काम करती हैं, किसी विशेष मौसम में काम करती हैं या केवल कभी-कभार ही काम करती हैं?</p> <p>Do you usually work throughout the year, or do you work seasonally, or only once in a while?</p>	<p>THROUGHOUT THE YEAR ..... 1</p> <p>SEASONALLY/PART OF THE YEAR ... 2</p> <p>ONCE IN A WHILE ..... 3</p>													
916	<p>इस काम के लिए क्या आपको नगद भुगतान किया जाता है या कोई वस्तु मिलती है, या कुछ भी नहीं दिया जाता है?</p> <p>Are you paid in cash or kind for this work, or are you not paid at all?</p>	<p>CASH ONLY ..... 1</p> <p>CASH AND KIND ..... 2</p> <p>IN KIND ONLY ..... 3</p> <p>NOT PAID ..... 4</p>													
917	<p>CHECK 301: MARITAL STATUS</p> <p>CURRENTLY <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p> <p>MARRIED</p>		→ 925												
918	<p>CHECK 916: CASH EARNINGS</p> <p>CODE 1 OR 2 <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p> <p>CIRCLED</p>		→ 921												
919	<p>आपके द्वारा कमाए गए रुपये-पैसों का उपयोग किस तरह किया जाए इसका निर्णय कौन करता है: मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति या आप और आपके पति मिलकर?</p> <p>Who decides how the money you earn will be used: mainly you, mainly your husband, or you and your husband jointly?</p>	<p>RESPONDENT ..... 1</p> <p>HUSBAND ..... 2</p> <p>RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY ..... 3</p> <p>OTHER ..... 6</p>													
920	<p>क्या आप यह कहेंगी कि आप जो रुपये-पैसे कमाती हैं वह आपके पति जो कमाते हैं उससे अधिक है, कम है या लगभग उतना ही है?</p> <p>Would you say that the money that you earn is more than what your husband earns, less than what he earns, or about the same?</p>	<p>MORE THAN HUSBAND ..... 1</p> <p>LESS THAN HUSBAND ..... 2</p> <p>ABOUT THE SAME ..... 3</p> <p>HUSBAND HAS NO EARNINGS ..... 4</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	→ 922												
921	<p>आपके पति द्वारा कमाए गए रुपये-पैसों का उपयोग किस तरह किया जाए इसका निर्णय कौन करता है: मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति या आप और आपके पति मिलकर?</p> <p>Who decides how your husband's earnings will be used: mainly you, mainly your husband, or you and your husband jointly?</p>	<p>RESPONDENT ..... 1</p> <p>HUSBAND ..... 2</p> <p>RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY ..... 3</p> <p>HUSBAND HAS NO EARNINGS ..... 4</p> <p>OTHER ..... 6</p>													
922	<p>आपके अपने स्वास्थ्य की देखभाल के बारे में आमतौर पर कौन निर्णय लेता है: मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति, आप और आपके पति मिलकर या और कोई?</p> <p>Who usually makes decisions about health care for yourself: mainly you, mainly your husband, you and your husband jointly, or someone else?</p>	<p>RESPONDENT ..... 1</p> <p>HUSBAND ..... 2</p> <p>RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY ..... 3</p> <p>SOMEONE ELSE ..... 4</p> <p>OTHER ..... 6</p>													
923	<p>घर के महंगे सामानों की खरीददारी के बारे में निर्णय आमतौर पर कौन लेता है: मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति, आप और आपके पति मिलकर या और कोई?</p> <p>Who usually makes decisions about making major household purchases: mainly you, mainly your husband, you and your husband jointly, or someone else?</p>	<p>RESPONDENT ..... 1</p> <p>HUSBAND ..... 2</p> <p>RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY ..... 3</p> <p>SOMEONE ELSE ..... 4</p> <p>OTHER ..... 6</p>													
924	<p>आपके मायके के परिवार या रिश्तेदारों के पास जाने के बारे में आमतौर पर कौन निर्णय लेता है: मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति, आप और आपके पति मिलकर या और कोई?</p> <p>Who usually makes decisions about visits to your family or relatives: mainly you, mainly your husband, you and your husband jointly, or someone else?</p>	<p>RESPONDENT ..... 1</p> <p>HUSBAND ..... 2</p> <p>RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY ..... 3</p> <p>SOMEONE ELSE ..... 4</p> <p>OTHER ..... 6</p>													
925	<p>क्या आपके अपने पास कोई रुपये-पैसे हैं जिसका उपयोग कैसे करना है इस बारे में आप अकेले निर्णय ले सकती हैं?</p> <p>Do you have any money of your own that you alone can decide how to use?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>													
926	<p>क्या आपको इन स्थानों पर सामान्यतः अकेले जाने की या केवल किसी के साथ जाने की अनुमति है, या बिल्कुल अनुमति नहीं है:</p> <p>Are you usually allowed to go to the following places alone, only with someone else, or not at all:</p> <p>a. बाजार में? To the market?</p> <p>b. स्वास्थ्य सुविधा में? To the health facility?</p> <p>c. (गांव/समुदाय) के बाहर के स्थान पर? To places outside this (village/community)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>WITH SOMEONE ALONE</th> <th>NOT AT ALL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MKT ..... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>HEALTH ..... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUT ..... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		WITH SOMEONE ALONE	NOT AT ALL	MKT ..... 1	2	3	HEALTH ..... 1	2	3	OUT ..... 1	2	3	
	WITH SOMEONE ALONE	NOT AT ALL													
MKT ..... 1	2	3													
HEALTH ..... 1	2	3													
OUT ..... 1	2	3													

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																
927	<p>पिछले एक वर्ष में आप कितनी बार सार्वजनिक स्थान (जैसे बाजार या काम करने या स्कूल/कॉलेज) पर गलत तरीके से बात किए जाने या छुए जाने/पकड़े जाने/चिकोटी काटने के डर/चिंता की वजह नहीं गई, जबकि आप यहां जाना चाहती थीं ?</p> <p>How often in the past year did you not go to a public place (such as market or to work or to school/college) when you wanted to because you were worried about being spoken to or being touched/grabbed/pinched in a sexual way you did not want?</p>	<p>ALMOST EVERY DAY ..... 1</p> <p>AT LEAST ONCE A WEEK ..... 2</p> <p>LESS THAN ONCE A WEEK ..... 3</p> <p>NOT AT ALL ..... 4</p>																																	
928	<p>क्या आप अकेले या संयुक्त रूप से इस घर के या किसी अन्य घर के मालिक हैं?</p> <p>Do you own this or any other house either alone or jointly with someone else?</p>	<p>ALONE ONLY ..... 1</p> <p>JOINTLY ONLY ..... 2</p> <p>BOTH ALONE AND JOINTLY ..... 3</p> <p>DOES NOT OWN ..... 4</p>																																	
929	<p>क्या आप अकल या संयुक्त रूप से किसी भी जमीन (कृषि/अकृषि) का मालिक हैं?</p> <p>Do you own any agricultural or non-agricultural land either alone or jointly with someone else?</p>	<p>ALONE ONLY ..... 1</p> <p>JOINTLY ONLY ..... 2</p> <p>BOTH ALONE AND JOINTLY ..... 3</p> <p>DOES NOT OWN ..... 4</p>																																	
930	<p>क्या आप किसी स्वयं सहायता समूह (एसएचजी) की सदस्य हैं ?</p> <p>Are you a member of any self help group (SHG) ?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>																																	
931	<p>क्या आप इस क्षेत्र में किसी ऐसे कार्यक्रम के बारे में जानती हैं जिसमें महिलाओं को उनका अपना व्यापार शुरू करने या उसे बढ़ाने के लिए कर्ज दिया जाता है?</p> <p>Do you know of any programmes in this area that give loans to women to start or expand a business of their own?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 933																																
932	<p>क्या आपने कभी अपना व्यापार शुरू करने या उसे बढ़ाने के लिए, ऐसे किसी कार्यक्रम से नगद या वस्तु के रूप में स्वयं कभी कर्ज लिया है?</p> <p>Have you yourself ever taken a loan, in cash or in kind, from any of these programmes, to start or expand a business?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>																																	
933	<p>PRESENCE OF OTHERS AT THIS POINT (PRESENT AND LISTENING, PRESENT BUT NOT LISTENING, OR NOT PRESENT)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./</th> <th>NOT</th> <th>NOT</th> </tr> <tr> <th></th> <th>PRES./</th> <th>LISTEN.</th> <th>LISTEN. PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CHILDREN &lt; 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>HUSBAND</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTHER MALES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTHER FEMALES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./	NOT	NOT		PRES./	LISTEN.	LISTEN. PRES.	CHILDREN < 10	1	2	3	HUSBAND	1	2	3	OTHER MALES	1	2	3	OTHER FEMALES	1	2	3									
	PRES./	NOT	NOT																																
	PRES./	LISTEN.	LISTEN. PRES.																																
CHILDREN < 10	1	2	3																																
HUSBAND	1	2	3																																
OTHER MALES	1	2	3																																
OTHER FEMALES	1	2	3																																
934	<p>आपकी राय में, क्या इन परिस्थितियों में पति द्वारा पत्नी को मारना-पीटना उचित है:</p> <p>In your opinion, is a husband justified in hitting or beating his wife in the following situations:</p> <p>a. यदि वह पति को बिना बताए कहीं बाहर जाती है? If she goes out without telling him?</p> <p>b. यदि वह घर या बच्चों पर ध्यान नहीं देती है? If she neglects the house or the children?</p> <p>c. यदि वह पति के साथ बहस करती है? If she argues with him?</p> <p>d. यदि वह पति के साथ शारीरिक संबंध के लिए मना करती है? If she refuses to have sex with him?</p> <p>e. यदि वह ठीक तरह से खाना नहीं पकाती है? If she doesn't cook food properly?</p> <p>f. यदि पति उसके चाल-चलन पर सन्देह करता हो? If he suspects her of being unfaithful?</p> <p>g. यदि वह ससुराल वालों का अनादर करती है? If she shows disrespect for in-laws?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GOES OUT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NEGL. HS/CHILDREN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGUES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUSES SEX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>POOR COOKING</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>UNFAITHFUL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DISRESPECT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	DON'T KNOW	GOES OUT	1	2	8	NEGL. HS/CHILDREN	1	2	8	ARGUES	1	2	8	REFUSES SEX	1	2	8	POOR COOKING	1	2	8	UNFAITHFUL	1	2	8	DISRESPECT	1	2	8	
	YES	NO	DON'T KNOW																																
GOES OUT	1	2	8																																
NEGL. HS/CHILDREN	1	2	8																																
ARGUES	1	2	8																																
REFUSES SEX	1	2	8																																
POOR COOKING	1	2	8																																
UNFAITHFUL	1	2	8																																
DISRESPECT	1	2	8																																
935	<p>यदि पत्नी यह जानती है कि उसके पति को यौन संचारित रोग है तो क्या उसका अपने पति से यह कहना उचित है कि वे संभोग के समय कंडोम (निरोध) का इस्तेमाल करें?</p> <p>If a wife knows her husband has a sexually transmitted disease, is she justified in asking that they use a condom when they have sex?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>																																	
936	<p>यदि पत्नी यह जानती है कि उसका पति अन्य महिला के साथ यौन संबंध रखता है तो क्या उसका अपने पति के साथ यौन संबंध से इनकार करना उचित है?</p> <p>If a wife knows her husband has sex with other women, is she justified in refusing to have sex with him?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>																																	
937	<p>CHECK 301:</p> <p>CURRENTLY <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p> <p>MARRIED ↓</p>		→ 1001																																
938	<p>यदि आप संभोग नहीं करना चाहती हैं तो क्या आप अपने पति को ना कह सकती हैं?</p> <p>Can you say no to your husband if you do not want to have sexual intercourse with him?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>																																	



**SECTION 10. HIV/AIDS AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS**

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1001	अब मैं आपसे किसी अन्य विषय के बारे में बातचीत करना चाहूँगी। क्या आपने कभी ऐसी बीमारी के बारे में सुना है जिसे एड्स कहते हैं? Now I would like to talk about something else. Have you ever heard of an illness called AIDS?	YES ..... 1 NO ..... 2	
1002	क्या आपने कभी एच आइ वी के बारे में सुना है? Have you ever heard of HIV?	YES ..... 1 NO ..... 2	
1003	CHECK 1001 AND 1002: KNOWS ABOUT HIV/AIDS AT LEAST <input type="checkbox"/> ONE 'YES' ↓	OTHER <input type="checkbox"/> →	1048
1004	किन सूचना माध्यमों से आपने एच आइ वी/एड्स के विषय में जाना है? कोई अन्य माध्यम? From which sources of information have you learned about HIV/AIDS? Any other source?  RECORD ALL MENTIONED.	RADIO ..... A TELEVISION ..... B CINEMA ..... C NEWSPAPERS/MAGAZINES ..... D POSTERS/HOARDINGS ..... E EXHIBITION/MELA ..... F HEALTH WORKERS ..... G ADULT EDUC. PROGRAMME ..... H RELIGIOUS LEADERS ..... I POLITICAL LEADERS ..... J SCHOOL/TEACHERS ..... K COMMUNITY MEETINGS ..... L HUSBAND ..... M FRIENDS/RELATIVES ..... N WORK PLACE ..... O INTERNET ..... P SOCIAL MEDIA ..... Q OTHER ..... X (SPECIFY)	
1005	एच आइ वी वह वायरस है जिससे एड्स हो सकता है। क्या लोग एच आइ वी से संक्रमित होने की संभावना को कम कर सकते हैं यदि वे केवल एक ही ऐसे यौन साथी से संबंध रखें, जिसे खुद एच आइ वी ना हो और जिसका कोई दूसरा यौन साथी ना हो? HIV is the virus that can lead to AIDS. Can people reduce their chance of getting HIV by having just one uninfected sex partner who has no other sex partners?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	
1006	क्या व्यक्ति को मच्छर के काटने से एच आइ वी हो सकता है? Can people get HIV from mosquito bites?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	
1007	क्या व्यक्ति जब भी संभोग करे तो प्रत्येक बार निरोध का इस्तेमाल करके एच आइ वी होने की संभावना को कम कर सकता है? Can people reduce their chances of getting HIV by using a condom every time they have sex?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	
1008	क्या लोगों को खून या खून के पदार्थ चढ़ाने से एच आइ वी हो सकता है? Can people get HIV from blood products or blood transfusions?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	
1009	क्या सुई से नशा लेने पर एच आइ वी हो सकता है? Can people get HIV by injecting drugs?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	
1010	क्या एच आइ वी से पीड़ित व्यक्ति के साथ खाना खाने से किसी व्यक्ति को एच आइ वी हो सकता है? Can people get HIV by sharing food with a person who has HIV?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	
1011	क्या कोई अन्य उपाय है जिससे व्यक्ति एच आइ वी/एड्स होने की संभावना को टाल या कम कर सकता है? Is there anything else a person can do to avoid or reduce the chances of getting HIV/AIDS?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	→ 1013

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
1012	<p>व्यक्ति क्या कर सकता है? कोई अन्य उपाय? What can a person do? Anything else?</p> <p>RECORD ALL WAYS MENTIONED.</p>	<p>ABSTAIN FROM SEX ..... A</p> <p>USE CONDOMS ..... B</p> <p>LIMIT SEX TO ONE PARTNER/STAY FAITHFUL TO ONE PARTNER ..... C</p> <p>LIMIT NUMBER OF SEXUAL PARTNERS ..... D</p> <p>AVOID SEX WITH SEX WORKERS ..... E</p> <p>AVOID SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS ..... F</p> <p>AVOID SEX WITH HOMOSEXUALS .... G</p> <p>AVOID SEX WITH PERSONS WHO INJECT DRUGS ..... H</p> <p>AVOID BLOOD TRANSFUSIONS ..... I</p> <p>USE BLOOD ONLY FROM RELATIVES ..... J</p> <p>AVOID INJECTIONS ..... K</p> <p>USE ONLY NEW/STERILIZED NEEDLES ..... L</p> <p>AVOID IV DRIP ..... M</p> <p>AVOID SHARING RAZORS/BLADES ... N</p> <p>AVOID KISSING ..... O</p> <p>AVOID MOSQUITO BITES ..... P</p> <p>OTHER _____ X (SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW ..... Z</p>																	
1013	<p>क्या यह संभव है कि किसी स्वस्थ दिखने वाले व्यक्ति को एच आइ वी हो? Is it possible for a healthy-looking person to have HIV?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>																	
1014	<p>क्या एच आइ वी माँ से उसके बच्चे को हो सकता है: Can HIV be transmitted from a mother to her baby:</p> <p>a. गर्भावस्था के दौरान? During pregnancy?</p> <p>b. बच्चे के जन्म के दौरान? During delivery?</p> <p>c. स्तनपान के द्वारा? By breastfeeding?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DURING PREGNANCY .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DURING DELIVERY ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BREASTFEEDING .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	DK	DURING PREGNANCY .	1	2	8	DURING DELIVERY ...	1	2	8	BREASTFEEDING .....	1	2	8	
	YES	NO	DK																
DURING PREGNANCY .	1	2	8																
DURING DELIVERY ...	1	2	8																
BREASTFEEDING .....	1	2	8																
1015	<p>CHECK 1014:</p> <p>AT LEAST <input type="checkbox"/>  ONE 'YES' ↓</p> <p>OTHER <input type="checkbox"/> →</p>		1017																
1016	<p>क्या कोई ऐसी विशेष चिकित्सा है जो डॉक्टर या नर्स एच आइ वी से संक्रमित महिला को देकर एच आइ वी को माता से बच्चे में जाने के खतरे को कम कर सकता है? Are there any special drugs that a doctor or a nurse can give to a woman infected with HIV to reduce the risk of transmission to the baby?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>																	
1017	<p>क्या आपने विशेष 'एन्टी-रिट्रोवायरल ड्रग्स' (USE LOCAL NAME(S)) के बारे में सुना है जिसे एच आइ वी/एड्स से संक्रमित व्यक्ति अपने जीवन की अवधि बढ़ाने के लिए डॉक्टर या नर्स से प्राप्त कर सकते हैं? Have you heard about special antiretroviral drugs (USE LOCAL NAME(S)) that people infected with HIV/AIDS can get from a doctor or a nurse to help them live longer?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>																	
1018	<p>CHECK 208 AND 215:</p> <p>LAST BIRTH SINCE 2021 <input type="checkbox"/> LAST BIRTH BEFORE 2021 <input type="checkbox"/></p>	<p>NO BIRTHS <input type="checkbox"/></p>	<p>1033</p> <p>1033</p>																

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1019	<p>CHECK 414 FOR LAST BIRTH:</p> <p>HAD ANTENATAL CARE <input type="checkbox"/></p> <p>NO ANTENATAL CARE <input type="checkbox"/></p>		1027
1020	CHECK FOR PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.		
1021	<p>आपके आखिरी बच्चे की प्रसवपूर्व जाँच के दौरान निम्नलिखित से संबंधित कोई भी सूचना दी गई थी:</p> <p>During any of the antenatal visits for your last birth were you given any information about:</p> <p>YES NO DK</p> <p>a. माँ से बच्चे को एच आइ वी के संक्रमण से सम्बंधित? Babies getting HIV from their mother?</p> <p>b. एच आइ वी को होने से रोकने के लिए क्या किया जा सकता है? Things that you can do to prevent getting HIV?</p> <p>c. एच आइ वी के लिए जाँच कराने से सम्बंधित? Getting tested for HIV?</p>	<p>HIV FROM MOTHER ... 1 2 8</p> <p>THINGS TO DO ..... 1 2 8</p> <p>TESTED FOR HIV ..... 1 2 8</p>	
1022	<p>प्रसवपूर्व देखभाल के दौरान क्या आपको एच आइ वी की जाँच कराने के लिए कहा गया था?</p> <p>Were you offered a test for HIV as part of your antenatal care?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
1023	<p>मैं जाँच का परिणाम नहीं जानना चाहती, लेकिन आपकी प्रसवपूर्व देखभाल के दौरान क्या आपकी एच आइ वी की जाँच की गई थी?</p> <p>I don't want to know the results, but were you tested for HIV as part of your antenatal care?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	1027
1024	<p>जाँच कहाँ की गयी थी?</p> <p>Where was the test done?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p><b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVERNMENT HOSPITAL ..... 11</p> <p>GOVT. HEALTH CENTRE ..... 12</p> <p>STAND-ALONE ICTC ..... 13</p> <p>FAMILY PLANNING CLINIC ..... 14</p> <p>MOBILE CLINIC ..... 15</p> <p>FIELDWORKER ..... 16</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC ..... 17</p> <p>OTHER PUBLIC SECTOR ..... 18</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... 20</p> <p><b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b></p> <p>PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR ..... 21</p> <p>STAND-ALONE ICTC ..... 22</p> <p>PHARMACY ..... 23</p> <p>MOBILE CLINIC ..... 24</p> <p>FIELDWORKER ..... 25</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC ..... 26</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... 27</p> <p>(SPECIFY)</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>HOME ..... 31</p> <p>CORRECTIONAL FACILITY ..... 32</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>	
1025	<p>मैं परिणाम नहीं जानना चाहती लेकिन क्या आपको जाँच का परिणाम मिला?</p> <p>I don't want to know the results, but did you get the results of the test?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	1031

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1026	<p>सभी महिलाओं को जाँच के बाद परामर्श सेवा मिलना चाहिए, आपकी जाँच के बाद क्या आपको परामर्श सेवा मिली थी?</p> <p>All women are supposed to receive counselling after being tested. After you were tested, did you receive counselling?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	→ 1031
1027	<p>CHECK 448 FOR LAST BIRTH: PLACE OF BIRTH</p> <p>IN A FACILITY <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> PLACE _____</p>		→ 1033
1028	<p>जब आप प्रसव के लिए गयी थी, तब बच्चे के जन्म से पहले क्या आपको एच आइ वी की जाँच के लिए कहा गया था?</p> <p>Between the time you went for delivery but before the baby was born, were you offered a test for HIV?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
1029	<p>मैं जाँच का परिणाम नहीं जानना चाहती, लेकिन क्या आपकी उस समय एच आइ वी की जाँच की गयी थी?</p> <p>I don't want to know the results, but were you tested for HIV at that time?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 1033
1030	<p>मैं जाँच का परिणाम नहीं जानना चाहती, लेकिन क्या आपको जाँच का परिणाम मिला था?</p> <p>I don't want to know the results, but did you get the results of the test?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
1031	<p>गर्भावस्था के दौरान की गयी एच आइ वी की जाँच के बाद क्या कभी आपने एच आइ वी की जाँच करवायी थी ?</p> <p>Have you been tested for HIV since that time you were tested during your pregnancy?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
1032	<p>कितने महीने पहले आपने अपनी आखिरी एच आइ वी की जाँच करवायी थी?</p> <p>How many months ago was your most recent HIV test?</p>	<p>MONTHS AGO ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TWO OR MORE YEARS ..... 95</p>	→ 1039
1033	<p>मैं परिणाम नहीं जानना चाहती हूँ, लेकिन क्या कभी आपकी एच आइ वी की जाँच की गई थी?</p> <p>I don't want to know the results, but have you ever been tested to see if you have HIV?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 1037
1034	<p>कितने महीने पहले आपने अपनी आखिरी एच आइ वी की जाँच करवायी थी?</p> <p>How many months ago was your most recent HIV test?</p>	<p>MONTHS AGO ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TWO OR MORE YEARS ..... 95</p>	
1035	<p>मैं परिणाम नहीं जानना चाहती लेकिन क्या आपको जाँच का परिणाम मिला था?</p> <p>I don't want to know the results, but did you get the results of the test?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
1036	<p>जाँच कहाँ की गयी थी?</p> <p>Where was the test done?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p><b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b></p> <p>GOVERNMENT HOSPITAL ..... 11</p> <p>GOVT. HEALTH CENTRE ..... 12</p> <p>STAND-ALONE ICTC ..... 13</p> <p>FAMILY PLANNING CLINIC ..... 14</p> <p>MOBILE CLINIC ..... 15</p> <p>FIELDWORKER ..... 16</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC ..... 17</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... 18</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... 20</p> <p><b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b></p> <p>PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR ..... 21</p> <p>STAND-ALONE ICTC ..... 22</p> <p>PHARMACY ..... 23</p> <p>MOBILE CLINIC ..... 24</p> <p>FIELDWORKER ..... 25</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC..... 26</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... 27</p> <p>(SPECIFY)</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>HOME ..... 31</p> <p>CORRECTIONAL FACILITY ..... 32</p> <p>OTHER ..... 96</p> <p>(SPECIFY)</p>	→ 1039

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1037	<p>क्या आप किसी ऐसे स्थान को जानती हैं जहां पर एच आइ वी की जांच कराने के लिए लोग जा सकते हैं?</p> <p>Do you know of a place where people can go to get tested for HIV?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 1039
1038	<p>वह स्थान कहाँ पर है?</p> <p>कोई अन्य स्थान?</p> <p>Where is that?</p> <p>Any other place?</p> <p>RECORD ALL PLACES MENTIONED.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p><b>PUBLIC HEALTHSECTOR</b></p> <p>GOVERNMENT HOSPITAL ..... A</p> <p>GOVT. HEALTH CENTRE ..... B</p> <p>STAND-ALONE ICTC ..... C</p> <p>FAMILY PLANNING CLINIC ..... D</p> <p>MOBILE CLINIC ..... E</p> <p>FIELDWORKER ..... F</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC ..... G</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... H</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... I</p> <p><b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b></p> <p>PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/PRIVATE DOCTOR ..... J</p> <p>STAND-ALONE ICTC ..... K</p> <p>PHARMACY ..... L</p> <p>MOBILE CLINIC ..... M</p> <p>FIELDWORKER ..... N</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC ..... O</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... P</p> <p>(SPECIFY)</p> <p><b>OTHER SOURCE</b></p> <p>HOME ..... Q</p> <p>CORRECTIONAL FACILITY..... R</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1039	<p>यदि आप जानती हैं कि इस दुकानदार या सब्जि के विक्रेता को एच आइ वी है, तो क्या आप उससे सब्जियां खरीदेंगी?</p> <p>Would you buy fresh vegetables from a shopkeeper or vendor if you knew that this person had HIV?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DK/NOT SURE/DEPENDS ..... 8</p>	
1040	<p>क्या आपके विचार में एच आइ वी ग्रसित बच्चे को उन सब बच्चों के साथ, जिन्हें एच आइ वी नहीं है, स्कूल जाने देना चाहिए?</p> <p>Do you think a child with HIV should be allowed to attend school with students who are HIV negative?</p>	<p>SHOULD BE ALLOWED ..... 1</p> <p>SHOULD NOT BE ALLOWED ..... 2</p> <p>DK/NOT SURE/DEPENDS ..... 8</p>	
1041	<p>यदि आपके परिवार के किसी सदस्य को एच आइ वी/एड्स है तो क्या आप यह बात गुप्त रखना चाहेंगी या नहीं?</p> <p>If a member of your family got infected with HIV/AIDS, would you want it to remain a secret or not?</p>	<p>YES, REMAIN A SECRET .... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DK/NOT SURE/DEPENDS . . . . . 8</p>	
1042	<p>क्या आपको इस बात का डर है कि यदि आप एचआइवी वाले व्यक्ति के लार के संपर्क में आईं तो आपको एचआइवी हो सकती है?</p> <p>Do you fear that you could get HIV if you come into contact with the saliva of a person living with HIV?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DON'T KNOW ..... 8</p>	
1043	<p>यदि आपका कोई रिश्तेदार एच आइ वी/एड्स के कारण बीमार हो जाता है तो क्या आप अपने घर में उनकी देखभाल करने के लिए तैयार होंगी?</p> <p>If a relative of yours became sick with HIV/AIDS, would you be willing to care for her or him in your own household?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>DK/NOT SURE/DEPENDS ..... 8</p>	
1044	<p>आपकी राय में, यदि कोई महिला शिक्षक को एच आइ वी/एड्स है परंतु वह बीमार नहीं है, तो क्या उसे स्कूल में पढ़ाना जारी रखने की अनुमति देनी चाहिए?</p> <p>In your opinion, if a female teacher has HIV/AIDS but is not sick, should she be allowed to continue teaching in the school?</p>	<p>SHOULD BE ALLOWED ..... 1</p> <p>SHOULD NOT BE ALLOWED ..... 2</p> <p>DK/NOT SURE/DEPENDS ..... 8</p>	
1045	<p>आपकी राय में, यदि कोई पुरुष शिक्षक को एच आइ वी/एड्स है परंतु वह बीमार नहीं है, तो क्या उसे स्कूल में पढ़ाना जारी रखने की अनुमति देनी चाहिए?</p> <p>In your opinion, if a male teacher has HIV/AIDS but is not sick, should he be allowed to continue teaching in the school?</p>	<p>SHOULD BE ALLOWED ..... 1</p> <p>SHOULD NOT BE ALLOWED ..... 2</p> <p>DK/NOT SURE/DEPENDS ..... 8</p>	
1046	<p>क्या आप सोचती हैं कि जिन लोगों को एच आइ वी/एड्स है उनको उसी दफ्तर में काम करने देना चाहिए जहाँ पर लोगों को एच आइ वी नहीं है?</p> <p>Do you think that people living with HIV/AIDS should be treated in the same public hospital with patients who are HIV negative?</p>	<p>SHOULD BE TREATED ..... 1</p> <p>SHOULD NOT BE TREATED ..... 2</p> <p>DK/NOT SURE/DEPENDS ..... 8</p>	
1047	<p>क्या आप सोचती हैं कि जिन लोगों को एच आइ वी/एड्स है उनको उसी दफ्तर में काम करने देना चाहिए जहाँ पर लोगों को एच आइ वी नहीं है?</p> <p>Do you think that people living with HIV/AIDS should be allowed to work in the same office with people who are HIV negative?</p>	<p>SHOULD BE ALLOWED ..... 1</p> <p>SHOULD NOT BE ALLOWED ..... 2</p> <p>DK/NOT SURE/DEPENDS ..... 8</p>	
1048	<p>CHECK 1001 AND 1002:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>HEARD ABOUT <input type="checkbox"/> HIV/AIDS</p> <p>a. एच आइ वी/एड्स के अलावा, क्या आपने अन्य संक्रमणों के बारे में सुना है जो यौन संबंध के माध्यम से फैलते हैं?</p> <p>Apart from HIV/AIDS, have you heard about other infections that can be transmitted through sexual contact?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NOT HEARD <input type="checkbox"/> ABOUT HIV/AIDS</p> <p>b. क्या आपने उन संक्रमणों के बारे में सुना है जो यौन संबंध के माध्यम से फैलते हैं?</p> <p>Have you heard about infections that can be transmitted through sexual contact?</p> </div> </div>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	
1049	<p>क्या आपने कभी सिफलिस के बारे में सुना है?</p> <p>Have you ever heard of Syphilis?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1050	CHECK 314 AND 315: HAD SEXUAL INTERCOURSE  HAS HAD SEXUAL INTERCOURSE <input type="checkbox"/> HAS NOT HAD SEXUAL INTERCOURSE <input type="checkbox"/> (314 = '2' OR 315 = '00')		1101
1051	CHECK 1048 AND 1049: HEARD ABOUT OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS OR SYPHILIS?  ANY YES <input type="checkbox"/> BOTH NO <input type="checkbox"/>		1053
1052	अब मैं आपसे पिछले 12 महीनों में आपके स्वास्थ्य के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। पिछले 12 महीनों के दौरान क्या आपको यौन संबंध के माध्यम से कोई बीमारी हुई है?  Now I would like to ask you some questions about your health in the last 12 months. During the last 12 months, have you had a disease which you got through sexual contact?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	
1053	कभी - कभी महिलायें योनि से बदबूदार असामान्य स्वाव का अनुभव करती हैं। पिछले 12 महीनों के दौरान, क्या आपकी योनि से बदबूदार असामान्य स्वाव हुआ?  Sometimes women experience a bad smelling abnormal genital discharge. During the last 12 months, have you had a bad smelling abnormal genital discharge?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	
1054	कभी-कभी महिलाओं की योनि में फोड़ा या अल्सर (पीपदार घाव) हो जाता है। पिछले 12 महीनों के दौरान क्या आपकी योनि में फोड़ा या अल्सर (पीपदार घाव) हुआ?  Sometimes women have a genital sore or ulcer. During the last 12 months, have you had a genital sore or ulcer?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	
1055	CHECK 1052, 1053, AND 1054: HAS HAD AN STI  AT LEAST ONE 'YES' <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		1101
1056	पिछली बार जब आपको (PROBLEM FROM 1052/1053/1054) हुई थी, क्या आपने कोई सलाह ली या इलाज करवाया?  The last time you had (PROBLEM FROM 1052/1053/1054), did you seek any kind of advice or treatment?	YES ..... 1 NO ..... 2	1101
1057	आप कहाँ गयी थी? कोई अन्य स्थान? Where did you go? Any other place? RECORD ALL PLACES MENTIONED.  IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.  _____ (NAME OF FACILITY/PLACE(S))	<b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b> GOVERNMENT HOSPITAL ..... A AYUSH ..... B GOVT. HEALTH CENTER ..... C STAND-ALONE ICTC ..... D FAMILY PLANNING CLINIC ..... E MOBILE CLINIC ..... F FIELDWORKER ..... G SCHOOL BASED CLINIC ..... H OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... I (SPECIFY) NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... J <b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b> PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR ..... K ONLINE CONSULTATION ..... L DIGITAL HEALTH APPLICATION..... M AYUSH ..... N STAND-ALONE ICTC ..... O PHARMACY ..... P MOBILE CLINIC ..... Q FIELDWORKER ..... R SCHOOL BASED CLINIC..... S OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... T (SPECIFY) <b>OTHER SOURCE</b> HOME ..... U CORRECTIONAL FACILITY ..... V OTHER ..... X (SPECIFY)	

**SECTION 11. HOUSEHOLD RELATIONS**

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1101	CHECK COVER PAGE: WOMAN SELECTED FOR THIS SECTION  YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		1140
1102	CHECK FOR PRESENCE OF OTHERS: DO NOT CONTINUE UNTIL EFFECTIVE PRIVACY IS ENSURED.  PRIVACY OBTAINED ..... 1 PRIVACY NOT POSSIBLE ..... 2		1139
1103	READ TO THE RESPONDENT  अब मैं आपसे महिलाओं के जीवन के कुछ अन्य महत्वपूर्ण पहलुओं के बारे में प्रश्न पूछना चाहूंगी। मैं यह जानती हूँ कि इनमें से कुछ प्रश्न बहुत ही व्यक्तिगत (निजी) हैं। तथापि, आपके जवाब भारत में महिलाओं की स्थिति को समझने के लिए बहुत महत्वपूर्ण हैं। मैं आपको विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रखे जायेंगे और किसी को नहीं बताए जाएंगे और कोई अन्य व्यक्ति यह नहीं जान पाएगा कि आपसे ये प्रश्न पूछे गए थे। अगर आप मेरे किसी सवाल का जवाब नहीं देना चाहते, तो मुझे बता दीजिये और मैं अगले सवाल पर चली जाऊँगी।  READ TO THE RESPONDENT: Now I would like to ask you questions about some other important aspects of a woman's life. You may find some of these questions very personal. However, your answers are crucial for helping to understand the condition of women in India. Let me assure you that your answers are completely confidential and will not be told to anyone and no one else in your household will know that you were asked these questions. If I ask you any question you don't want to answer, just let me know and I will go on to the next question.		
1104	CHECK 301: CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/> FORMERLY MARRIED <input type="checkbox"/> NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED/LIVE IN RELATIONSHIP <input type="checkbox"/> (1105 TO 1115: READ IN PAST TENSE)		1118
1105	सर्वप्रथम, मैं आपसे कुछ परिस्थितियों के बारे में पूछने जा रही हूँ जो कुछ महिलाओं के साथ घटित होती हैं। कृपया मुझे बताएं, यदि ये आपके (पिछले) पति के साथ आपके संबंधों के विषय में लागू होती हैं।  First, I am going to ask you about some situations which happen to some women. Please tell me if these apply to your relationship with your (last) husband.  a. यदि आप दूसरे पुरुषों से बात करती (हैं/थीं) तो उन्हें जलन या गुस्सा आता (है/था)। He (is/was) jealous or angry if you (talk/talked) to other men. b. आपके चाल-चलन के बारे में वह प्रायः दोष लगाते (हैं/थे)। He frequently (accuses/accused) you of being unfaithful. c. वह आपको अपनी सहेलियों से मिलने की अनुमति नहीं देते (हैं/थे)। He (does/did) not permit you to meet your female friends. d. वह आपके मायके के परिवार के साथ आपके संपर्क को सीमित करने की कोशिश करते (हैं/थे)। He (tries/tried) to limit your contact with your family. e. वह हमेशा ही यह जानना चाहते (हैं/थे) कि आप हरदम कहाँ हैं/थीं। He (insists/insisted) on knowing where you (are/were) at all times. f. रुपये पैसों के मामले में वह आप पर विश्वास नहीं करते (हैं/थे)। He (does/did) not trust you with any money.	YES NO DK JEALOUS ..... 1 2 8 ACCUSES ..... 1 2 8 NOT MEET FRIENDS ... 1 2 8 NO FAMILY ..... 1 2 8 WHERE YOU ARE ..... 1 2 8 MONEY ..... 1 2 8	
1106	A अब यदि आप मुझे अनुमति देती हैं तो, मुझे आपके (पिछले) पति के साथ आपके संबंधों के बारे में कुछ और प्रश्न पूछने हैं। क्या आपके (पिछले) पति ने कभी भी:  Now if you will permit me, I need to ask some more questions about your relationship with your (last) husband. (Does/did) your (last) husband ever:  a. दूसरों के सामने आपको नीचा दिखाने के लिए कुछ कहा या किया? Say or do something to humiliate you in front of others? b. आपको या आपके किसी नजदीकी को चोट पहुंचाने या नुकसान पहुंचाने की धमकी दी? Threaten to hurt or harm you or someone close to you? c. आपका अपमान किया या आपको स्वयं की नजरों में गिराने की कोशिश की? Insult you or make you feel bad about yourself?	EVER YES 1 → NO 2 ↓ YES 1 → NO 2 ↓ YES 1 → NO 2	OFTEN a. 1 b. 1 c. 1 SOME-TIMES 2 2 2 NOT IN THE LAST 12 MONTHS 3 3 3



NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																																							
1107	<p>A क्या आपके (पिछले) पति ने कभी आपके साथ इनमें से कुछ भी किया (है / था) : (Does/did) your (last) husband ever do any of the following things to you:</p> <p>a. आपको धक्का दिया, आपको झिंझोड़ा या आपकी तरफ कोई चीज उठाकर फेंकी? Push you, shake you, or throw something at you?</p> <p>b. आपकी बांह मरोड़ी या आपके बाल खींचे? Twist your arm or pull your hair?</p> <p>c. आपको थप्पड़ मारे? Slap you?</p> <p>d. आपको मुक्के मारे या ऐसी किसी चीज का प्रयोग किया जिससे आपको चोट लग सके? Punch you with his fist or with something that could hurt you?</p> <p>e. आपको लात मारी, आपको घसीटा या आपको मारा? Kick you, drag you or beat you up?</p> <p>f. आपका गला घोटने की कोशिश की या आपको जानबूझकर जलाया? Try to choke you or burn you on purpose?</p> <p>g. आपको चाकू, बन्दूक या किसी अन्य हथियार से धमकाया या इनसे हमला किया? Threaten or attack you with a knife, gun, or any other weapon?</p> <p>h. आपके न चाहते हुए भी, शारीरिक बल के प्रयोग से संभोग करने के लिए आपको मजबूर किया? Physically force you to have sexual intercourse with him even when you did not want to?</p> <p>i. आपके न चाहते हुए भी, शारीरिक बल के प्रयोग से आपको कोई और तरह की यौन सम्बन्धी क्रिया करने के लिए मजबूर किया? Physically force you to perform any other sexual acts you did not want to?</p> <p>j. आपके न चाहते हुए भी, आपको डरा कर या कोई और तरह से यौन सम्बन्धी क्रिया करने के लिए मजबूर किया? Force you with threats or in any other way to perform sexual acts you did not want to?</p>	<p>B पिछले 12 महीनों के दौरान प्रायः ऐसी घटनाएं कितनी बार हुईं: अक्सर, केवल कभी-कभी या कभी नहीं? How often did this happen during the last 12 months: often, only sometimes, or not at all?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EVER</th> <th>OFTEN</th> <th>SOME-TIMES</th> <th>NOT IN THE LAST 12 MONTHS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>g.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>h.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>i.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>j.</td> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		EVER	OFTEN	SOME-TIMES	NOT IN THE LAST 12 MONTHS	a.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	b.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	c.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	d.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	e.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	f.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	g.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	h.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	i.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	j.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3	
	EVER	OFTEN	SOME-TIMES	NOT IN THE LAST 12 MONTHS																																																						
a.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
b.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
c.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
d.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
e.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
f.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
g.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
h.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
i.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
j.	YES 1 → NO 2 ↓	1	2	3																																																						
1108	<p>CHECK 1107 A (a-j): EXPERIENCED PHYSICAL VIOLENCE</p> <p>AT LEAST ONE <input type="checkbox"/> NOT A SINGLE <input type="checkbox"/></p> <p>'YES' 'YES'</p>		1111																																																							
1109	<p>आपके (पिछले) पति से शादी के कितने समय बाद (यह घटना / इसमें से कोई घटनाएं) आपके साथ पहली बार हुई?</p> <p>How long after you first got married to your (last) husband did (this/any of these things) first happen?</p> <p>IF LESS THAN ONE YEAR, RECORD '00'.</p>	<p>NUMBER OF YEARS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>BEFORE MARRIAGE..... 95</p>																																																								
1110	<p>आपके (पिछले) पति ने आपके साथ कभी भी ऐसा बर्ताव किया, क्या उसके परिणामस्वरूप कभी इनमें से कोई भी घटना हुई:</p> <p>Did the following ever happen as a result of what your (last) husband did to you:</p> <p>a. आपको घाव हुआ था, नील पड़े थे या देर तक दर्द होता रहा था? You had cuts, bruises or aches?</p> <p>b. आप गंभीर रूप से जल गयी थी? You had severe burns?</p> <p>c. आपको आंख में चोट लगी थी, मोच आई थी, हड्डी सरक गई थी या मामूली रूप से जल गई थी? You had eye injuries, sprains, dislocations, or minor burns?</p> <p>d. आपको गहरा घाव हो गया था, हड्डियां टूट गई थी, दांत टूट गए थे या कोई अन्य गंभीर चोट लगी थी? You had deep wounds, broken bones, broken teeth, or any other serious injury?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CUTS/BRUISES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SEVERE BURNS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EYE INJURIES, SPRAINS DISLOCATIONS, ETC. ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTHER SERIOUS INJURY...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	CUTS/BRUISES.....	1	2	SEVERE BURNS .....	1	2	EYE INJURIES, SPRAINS DISLOCATIONS, ETC. ...	1	2	OTHER SERIOUS INJURY...	1	2																																									
	YES	NO																																																								
CUTS/BRUISES.....	1	2																																																								
SEVERE BURNS .....	1	2																																																								
EYE INJURIES, SPRAINS DISLOCATIONS, ETC. ...	1	2																																																								
OTHER SERIOUS INJURY...	1	2																																																								

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																			
1111	<p>क्या आपने कभी अपने (पिछले) पति को ऐसे समय पीटा, थप्पड़ मारा, लात मारी या कुछ ऐसा किया जिससे उन्हें शारीरिक रूप से चोट पहुंची जब वे आपको मारपीट नहीं कर रहे थे या चोट नहीं पहुंचा रहे थे?</p> <p>Have you ever hit, slapped, kicked, or done anything else to physically hurt your (last) husband at times when he was not already beating or physically hurting you?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 1113																																			
1112	<p>पिछले बारह महीनों में, आपने (पिछले) पति के साथ प्रायः ऐसा कितनी बार किया: अक्सर, केवल कभी कभी या कभी नहीं?</p> <p>In the last 12 months, how often have you done this to your (last) husband: often, only sometimes, or not at all?</p>	<p>OFTEN ..... 1</p> <p>SOMETIMES ..... 2</p> <p>NOT AT ALL ..... 3</p>																																				
1113	<p>क्या आपके (पिछले) पति शराब पीते (हैं/थे)?</p> <p>(Does/did) your (last) husband drink alcohol?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	→ 1115																																			
1114	<p>वे कितनी बार शराब पीकर धुत होते (हैं/थे): अक्सर, केवल कभी-कभी या कभी नहीं?</p> <p>How often (does/did) he get drunk: often, only sometimes, or never?</p>	<p>OFTEN ..... 1</p> <p>SOMETIMES ..... 2</p> <p>NEVER ..... 3</p>																																				
1115	<p>क्या आप अपने (पिछले) पति से डरती (हैं/थी) : अक्सर, कभी-कभी, कभी नहीं?</p> <p>Are (Were) you afraid of your (last) husband: most of the time, sometimes, or never?</p>	<p>MOST OF THE TIME AFRAID ..... 1</p> <p>SOMETIMES AFRAID ..... 2</p> <p>NEVER AFRAID ..... 3</p>																																				
1116	<p>CHECK 307:</p> <p>MARRIED MORE <input type="checkbox"/> THAN ONCE</p> <p>MARRIED ONLY <input type="checkbox"/> ONCE</p> <p>→ 1118</p>																																					
1117	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>A अभी तक हम आपके (वर्तमान/ पिछले) पति के व्यवहार के बारे में पूछ रहे थे। अब हम आपके किसी अन्य/ पुराने पति के व्यवहार के बारे में भी जानना चाहते हैं।</p> <p>So far we have been talking about the behavior of your (current/last) husband. Now I want to ask you about the behavior of any previous husband.</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>B पिछली बार ये कितने समय पहले हुआ था?</p> <p>How long ago did this last happen?</p> </div> </div> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>EVER</th> <th>0 - 11 MONTHS AGO</th> <th>12 OR MORE MONTHS AGO</th> <th>DON'T REMEMBER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. क्या किसी पहले पति ने कभी भी आपको मारा (थप्पड़, लात ) अथवा कुछ ऐसा किया है जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुंचाया था?</td> <td> <p>YES 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p> </td> <td>a. 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Did any previous husband ever hit, slap, kick, or do anything else to hurt you physically?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. आपके ना चाहते हुये भी क्या आपके कोई पहले पति ने, आपको संभोग करने के लिए या किसी और तरह से यौन संबंधी क्रिया करने के लिए मजबूर किया?</td> <td> <p>YES 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p> </td> <td>b. 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Did any previous husband physically force you to have intercourse or perform any other sexual acts against your will?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. क्या किसी पिछले पति ने आपको दूसरों के सामने अपमानित किया था, आप या जिसकी आप चिंता करती हैं उसको चोट पहुंचाने के लिए धमकाया या आपका अपमान किया था या ऐसा किया था कि आप अपने बारे में बुरा महसूस करें?</td> <td> <p>YES 1 →</p> <p>NO 2</p> </td> <td>c. 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Did any previous husband humiliate you in front of others, threaten to hurt you or someone you care about, or insult you or make you feel bad about yourself?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				EVER	0 - 11 MONTHS AGO	12 OR MORE MONTHS AGO	DON'T REMEMBER	a. क्या किसी पहले पति ने कभी भी आपको मारा (थप्पड़, लात ) अथवा कुछ ऐसा किया है जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुंचाया था?	<p>YES 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	a. 1	2	3	Did any previous husband ever hit, slap, kick, or do anything else to hurt you physically?					b. आपके ना चाहते हुये भी क्या आपके कोई पहले पति ने, आपको संभोग करने के लिए या किसी और तरह से यौन संबंधी क्रिया करने के लिए मजबूर किया?	<p>YES 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	b. 1	2	3	Did any previous husband physically force you to have intercourse or perform any other sexual acts against your will?					c. क्या किसी पिछले पति ने आपको दूसरों के सामने अपमानित किया था, आप या जिसकी आप चिंता करती हैं उसको चोट पहुंचाने के लिए धमकाया या आपका अपमान किया था या ऐसा किया था कि आप अपने बारे में बुरा महसूस करें?	<p>YES 1 →</p> <p>NO 2</p>	c. 1	2	3	Did any previous husband humiliate you in front of others, threaten to hurt you or someone you care about, or insult you or make you feel bad about yourself?				
	EVER	0 - 11 MONTHS AGO	12 OR MORE MONTHS AGO	DON'T REMEMBER																																		
a. क्या किसी पहले पति ने कभी भी आपको मारा (थप्पड़, लात ) अथवा कुछ ऐसा किया है जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुंचाया था?	<p>YES 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	a. 1	2	3																																		
Did any previous husband ever hit, slap, kick, or do anything else to hurt you physically?																																						
b. आपके ना चाहते हुये भी क्या आपके कोई पहले पति ने, आपको संभोग करने के लिए या किसी और तरह से यौन संबंधी क्रिया करने के लिए मजबूर किया?	<p>YES 1 →</p> <p>NO 2 ↓</p>	b. 1	2	3																																		
Did any previous husband physically force you to have intercourse or perform any other sexual acts against your will?																																						
c. क्या किसी पिछले पति ने आपको दूसरों के सामने अपमानित किया था, आप या जिसकी आप चिंता करती हैं उसको चोट पहुंचाने के लिए धमकाया या आपका अपमान किया था या ऐसा किया था कि आप अपने बारे में बुरा महसूस करें?	<p>YES 1 →</p> <p>NO 2</p>	c. 1	2	3																																		
Did any previous husband humiliate you in front of others, threaten to hurt you or someone you care about, or insult you or make you feel bad about yourself?																																						

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1118	<p>CHECK 301:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>EVER MARRIED <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a. जब आप 15 वर्ष की थीं, तबसे क्या आपको आपके (वर्तमान/कोई भी) पति के अलावा किसी अन्य व्यक्ति ने मारा, थप्पड़ मारा, लात मारी या कुछ ऐसा किया जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुंची?</p> <p>From the time you were 15 years old has anyone other than (your/any) husband hit you, slapped you, kicked you, or done anything else to hurt you physically?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED/LIVE-IN RELATIONSHIP <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b. जब आप 15 वर्ष की थीं, तबसे क्या आपको कभी किसी ने मारा, थप्पड़ मारा, लात मारी या कुछ ऐसा किया जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुंची?</p> <p>From the time you were 15 years old has anyone ever hit you, slapped you, kicked you, or done anything else to hurt you physically?</p> </div> </div>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>REFUSED TO ANSWER/NO ANSWER . 3</p>	1121
1119	<p>इस तरह से आपको किसने चोट पहुंचाई? कोई अन्य?</p> <p>Who has hurt you in this way? Anyone else?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>MOTHER/STEP-MOTHER ..... A</p> <p>FATHER/STEP-FATHER ..... B</p> <p>SISTER/BROTHER ..... C</p> <p>DAUGHTER/SON ..... D</p> <p>OTHER RELATIVE ..... E</p> <p>CURRENT BOYFRIEND ..... F</p> <p>FORMER BOYFRIEND ..... G</p> <p>MOTHER-IN-LAW ..... H</p> <p>FATHER-IN-LAW ..... I</p> <p>OTHER IN-LAW ..... J</p> <p>TEACHER ..... K</p> <p>EMPLOYER/SOMEONE AT WORK .... L</p> <p>POLICE/SOLDIER ..... M</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p>	
1120	<p>पिछले 12 महीनों में, (इस व्यक्ति /इन व्यक्तियों ने) कितनी बार आपको शारीरिक रूप से चोट पहुंचाई:अक्सर, केवल कभी-कभी, या कभी नहीं?</p> <p>In the last 12 months, how often (has this person/have these persons) physically hurt you: often, only sometimes, or not at all?</p>	<p>OFTEN ..... 1</p> <p>SOMETIMES ..... 2</p> <p>NOT AT ALL ..... 3</p>	
1121	<p>CHECK 201, 227, AND 232:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>EVER BEEN PREGNANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>('YES' ON 201 OR 227 OR 232)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NEVER BEEN PREGNANT <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		1124
1122	<p>आपकी गर्भवस्था के दौरान आपको शारीरिक रूप से चोट पहुंचाने के लिए क्या किसी ने कभी आपको मारा, थप्पड़ मारा, लात मारी या कुछ और किया ?</p> <p>Has any one ever hit, slapped, kicked, or done anything else to hurt you physically while you were pregnant?</p>	<p>YES ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p>	1124
1123	<p>जब आप गर्भवती थी तो इस तरह की शारीरिक चोट पहुंचानेवाली घटना किसके द्वारा की गयी? कोई अन्य?</p> <p>Who has done any of these things to physically hurt you while you were pregnant? Anyone else?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>CURRENT HUSBAND/PARTNER ..... A</p> <p>FORMER HUSBAND/PARTNER ..... B</p> <p>CURRENT/FORMER BOYFRIEND ..... C</p> <p>FATHER/STEP-FATHER ..... D</p> <p>BROTHER/STEP-BROTHER ..... E</p> <p>OTHER RELATIVE ..... F</p> <p>IN-LAW ..... G</p> <p>OWN FRIEND/ACQUAINTANCE ..... H</p> <p>FAMILY FRIEND ..... I</p> <p>TEACHER ..... J</p> <p>EMPLOYER/SOMEONE AT WORK .... K</p> <p>POLICE/SOLDIER ..... L</p> <p>PRIEST/RELIGIOUS LEADER ..... M</p> <p>STRANGER ..... N</p> <p>OTHER ..... X</p> <p>(SPECIFY)</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1124	CHECK 301:  EVER MARRIED <input type="checkbox"/> ↓ NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED/LIVE-IN RELATIONSHIP <input type="checkbox"/> → 1126		
1125	अब मैं आपसे यह जानना चाहूँगी कि निम्न में से कोई घटना (आपके/आपके कोई भी) पति के अलावा किसी और के द्वारा की गई है। आपके जीवन में किसी भी समय, बचपन में या वयस्क होने पर, क्या किसी ने कभी यौन सम्बन्ध के लिए या कोई और यौन क्रिया करने के लिए आपको किसी भी तरह से मजबूर किया है?  Now I want to ask you about things that may have been done to you by someone other than (your/any) husband. At any time in your life, as a child or as an adult, has anyone ever forced you in any way to have sexual intercourse or perform any other sexual acts when you did not want to?	YES ..... 1 NO ..... 2 REFUSED TO ANSWER/ NO ANSWER ..... 3 → 1127 → 1129	
1126	आपके जीवन में किसी भी समय, बचपन में या वयस्क होने पर, क्या किसी ने कभी यौन सम्बन्ध के लिए या कोई और यौन क्रिया करने के लिए किसी भी तरह से आपको मजबूर किया है?  At any time in your life, as a child or as an adult, has anyone ever forced you in any way to have sexual intercourse or perform any other sexual acts when you did not want to?	YES ..... 1 NO ..... 2 REFUSED TO ANSWER/ NO ANSWER ..... 3 → 1131	
1127	आपके साथ सबसे पहली बार जब ये हुआ, वह व्यक्ति कौन था जिसने आपको ऐसा करने के लिए मजबूर किया था?  Who was the person who was forcing you the very first time this happened?	CURRENT HUSBAND ..... 1 FORMER HUSBAND ..... 2 CURRENT/FORMER BOYFRIEND ..... 3 FATHER/STEP-FATHER ..... 4 BROTHER/STEP-BROTHER ..... 5 OTHER RELATIVE ..... 6 IN-LAW ..... 7 OWN FRIEND/ACQUAINTANCE ..... 8 FAMILY FRIEND ..... 9 TEACHER ..... 10 EMPLOYER/SOMEONE AT WORK ..... 11 POLICE/SOLDIER ..... 12 PRIEST/RELIGIOUS LEADER ..... 13 STRANGER ..... 14  OTHER ..... 96 (SPECIFY)	
1128	CHECK 301:  EVER MARRIED <input type="checkbox"/> ↓ NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/> ↓ a. पिछले 12 महीनों में, क्या (आपके/आपके कोई भी) पति के अलावा किसी अन्य व्यक्ति ने आपके न चाहते हुए भी, शारीरिक बल से संभोग करने के लिए आपको मजबूर किया?  In the last 12 months, has anyone other than (your/any) husband physically forced you to have sexual intercourse when you did not want to?  b. पिछले 12 महीनों में, क्या किसी व्यक्ति ने आपके न चाहते हुए भी, शारीरिक बल से संभोग करने के लिए आपको मजबूर किया?  In the last 12 months has anyone physically forced you to have sexual intercourse when you did not want to?	YES ..... 1 NO ..... 2 REFUSED TO ANSWER/ NO ANSWER ..... 3 → 1130	
1129	CHECK 1107 A (h-j) and 1117 A (b): EXPERIENCED SEXUAL VIOLENCE  AT LEAST ONE 'YES' <input type="checkbox"/> ↓ NOT A SINGLE 'YES' <input type="checkbox"/> → 1131		
1130	CHECK 301:  EVER MARRIED <input type="checkbox"/> ↓ NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/> ↓ a. जब पहली बार आपसे संभोग या कोई अन्य यौन क्रिया के लिए आपको (आपके/आपके कोई भी) पति या कोई अन्य द्वारा मजबूर किया गया तो उस समय आपकी आयु क्या थी?  How old were you the first time you were forced to have sexual intercourse or perform any other sexual acts by anyone, including (your/any) husband?  b. जब पहली बार आपसे संभोग या कोई अन्य यौन क्रिया के लिए आपको मजबूर किया गया तो उस समय आपकी आयु क्या थी?  How old were you the first time you were forced to have sexual intercourse or perform any other sexual acts?	AGE IN COMPLETED YEARS . <input type="text"/>  DON'T REMEMBER ..... 98	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1131	CHECK 1107 A (a-j), 1117A (a-b), 1118, 1122, 1125, AND 1126: EXPERIENCED ANY VIOLENCE  AT LEAST ONE <input type="checkbox"/> NOT A SINGLE <input type="checkbox"/> 'YES' 'YES'		1137
1132	हमने जिन विभिन्न विषयों पर आपसे बातचीत की उनमें से जो घटनाएँ आपके साथ हुई उनके लिए क्या आपने कभी किसी से सहायता ली?  Thinking about what you yourself have experienced among the different things we have been talking about, have you ever tried to seek help?	YES ..... 1 NO ..... 2	1134
1133	आपने किस से मदद मांगी? कोई अन्य?  From whom have you sought help? Anyone else?  RECORD ALL MENTIONED.	OWN FAMILY ..... A HUSBAND'S FAMILY ..... B CURRENT/FORMER HUSBAND ..... C CURRENT/FORMER BOYFRIEND ..... D FRIEND ..... E NEIGHBOUR ..... F RELIGIOUS LEADER ..... G DOCTOR/MEDICAL PERSONNEL ..... H POLICE ..... I LAWYER ..... J SOCIAL SERVICE ORGANIZATION ..... K SHG MEMBER ..... L OTHER ..... X (SPECIFY)	1135
1134	क्या आपने इसके बारे में कभी किसी अन्य व्यक्ति को बताया?  Have you ever told any one else about this?	YES ..... 1 NO ..... 2	
1135	CHECK 1133:  'H' IS CIRCLED <input type="checkbox"/> 'H' IS NOT CIRCLED <input type="checkbox"/>		1137
1136	आप चिकित्सकीय सहायता हेतु कहाँ गयी थी? कोई अन्य स्थान?  Where did you go for medical help? Anywhere else?  RECORD ALL MENTIONED.	<b>PUBLIC HEALTH SECTOR</b> GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ..... A AYUSH ..... B GOVT. DISPENSARY ..... C UHC/UHP/UFWC ..... D CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC ..... E PHC/ADDITIONAL PHC/FHC ..... F HEALTH AND WELNESS CENTRE ..... G SUB-CENTRE/ANM ..... H GOVT. MOBILE CLINIC ..... I CAMP ..... J ANGANWADI/ICDS CENTRE ..... K ASHA ..... L OTHER COMMUNITY- BASED WORKER ..... M OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR ..... N NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ..... O <b>PRIVATE HEALTH SECTOR</b> PVT. HOSPITAL /CLINIC ..... P PVT. DOCTOR ..... Q PVT. MOBILE CLINIC ..... R ONLINE CONSULTATION ..... S DIGITAL HEALTH APPLICATION ..... T  AYUSH ..... U TRADITIONAL HEALER ..... V PHARMACY/DRUGSTORE ..... W DAI (TBA) ..... Y OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR ..... Z OTHER ..... X (SPECIFY)	
1137	जहाँ तक आप जानती हैं, क्या कभी आपके पिता ने आपकी माता को मारा था?  As far as you know, did your father ever beat your mother?	YES ..... 1 NO ..... 2 DON'T KNOW ..... 8	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES			SKIP				
THANK THE RESPONDENT FOR HER COOPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS. FILL OUT THE QUESTIONS BELOW WITH REFERENCE TO THE DOMESTIC VIOLENCE MODULE ONLY.									
1138	DID YOU HAVE TO INTERRUPT THIS SECTION OF THE INTERVIEW BECAUSE SOME ADULT WAS TRYING TO LISTEN, OR CAME INTO THE ROOM, OR INTERFERED IN ANY OTHER WAY?	YES ONCE	YES, MORE THAN ONCE	NO					
		HUSBAND . . . . .	1	2	3				
		OTHER MALE ADULT . . . .	1	2	3				
		FEMALE ADULT . . . . .	1	2	3				
1139	INTERVIEWER'S COMMENTS / EXPLANATION FOR NOT COMPLETING THE DOMESTIC VIOLENCE MODULE  _____  _____  _____								
1140	RECORD THE TIME.	HOUR . . . . .	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
		MINUTES . . . . .	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						

**INSTRUCTIONS:**

ONLY ONE CODE SHOULD APPEAR IN ANY BOX.  
FOR COLUMN 1, ALL MONTHS SHOULD BE FILLED IN.

INFORMATION TO BE CODED FOR EACH COLUMN

**COLUMN 1:**BIRTHS, PREGNANCIES, CONTRACEPTIVE USE

- B BIRTHS  
P PREGNANCIES  
A ABORTIONS  
M MISCARRIAGES  
S STILLBIRTHS  
T TERMINATIONS
- 0 NO METHOD  
1 FEMALE STERILIZATION  
2 MALE STERILIZATION  
3 IUCD/PPIUCD  
4 INJECTABLES  
5 IMPLANTS  
6 DAILY PILL  
7 WEEKLY PILL  
8 CONDOM/NIRODH  
9 FEMALE CONDOM  
J STANDARD DAYS METHOD  
L LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD  
R RHYTHM METHOD  
W WITHDRAWAL
- X OTHER MODERN METHODS  
Y OTHER TRADITIONAL METHODS

**COLUMN 2:**ULTRASOUND CONDUCTED DURING PREGNANCY

- Y YES  
N NO

**COLUMN 3:**DISCONTINUATION OF CONTRACEPTIVE USE

- 0 INFREQUENT SEX/HUSBAND AWAY  
1 METHOD FAILED/BECAME PREGNANT WHILE USING  
2 WANTED TO BECOME PREGNANT  
3 HUSBAND DISAPPROVED  
4 WANTED MORE EFFECTIVE METHOD  
5 FEAR OF SIDE EFFECTS/ HEALTH CONCERNS  
6 LACK OF ACCESS/TOO FAR  
7 COSTS TOO MUCH  
8 INCONVENIENT TO USE  
9 FATALISTIC/ UP TO GOD  
F DIFFICULT TO GET PREGNANT/MENOPAUSAL  
A MARITAL DISSOLUTION/SEPARATION  
D LACK OF SEXUAL SATISFACTION  
L CREATED MENSTRUAL PROBLEM  
M GAINED WEIGHT  
G DID NOT LIKE METHOD  
N LACK OF PRIVACY FOR USE
- X OTHER \_\_\_\_\_  
(SPECIFY)  
Z DON'T KNOW

			1	2	3			
12	DEC	01					01	DEC
11	NOV	02					02	NOV
10	OCT	03					03	OCT
09	SEP	04					04	SEP
2	08	AUG	05				05	AUG 2
0	07	JUL	06				06	JUL 0
2	06	JUN	07				07	JUN 2
3	05	MAY	08				08	MAY 3
	04	APR	09				09	APR
	03	MAR	10				10	MAR
	02	FEB	11				11	FEB
	01	JAN	12				12	JAN
12	DEC	13					13	DEC
11	NOV	14					14	NOV
10	OCT	15					15	OCT
09	SEP	16					16	SEP
2	08	AUG	17				17	AUG 2
0	07	JUL	18				18	JUL 0
2	06	JUN	19				19	JUN 2
2	05	MAY	20				20	MAY 2
	04	APR	21				21	APR
	03	MAR	22				22	MAR
	02	FEB	23				23	FEB
	01	JAN	24				24	JAN
12	DEC	25					25	DEC
11	NOV	26					26	NOV
10	OCT	27					27	OCT
09	SEP	28					28	SEP
2	08	AUG	29				29	AUG 2
0	07	JUL	30				30	JUL 0
2	06	JUN	31				31	JUN 2
1	05	MAY	32				32	MAY 1
	04	APR	33				33	APR
	03	MAR	34				34	MAR
	02	FEB	35				35	FEB
	01	JAN	36				36	JAN
12	DEC	37					37	DEC
11	NOV	38					38	NOV
10	OCT	39					39	OCT
09	SEP	40					40	SEP
2	08	AUG	41				41	AUG 2
0	07	JUL	42				42	JUL 0
2	06	JUN	43				43	JUN 2
0	05	MAY	44				44	MAY 0
	04	APR	45				45	APR
	03	MAR	46				46	MAR
	02	FEB	47				47	FEB
	01	JAN	48				48	JAN
12	DEC	49					49	DEC
11	NOV	50					50	NOV
10	OCT	51					51	OCT
09	SEP	52					52	SEP
2	08	AUG	53				53	AUG 2
0	07	JUL	54				54	JUL 0
1	06	JUN	55				55	JUN 1
9	05	MAY	56				56	MAY 9
	04	APR	57				57	APR
	03	MAR	58				58	MAR
	02	FEB	59				59	FEB
	01	JAN	60				60	JAN
12	DEC	61					61	DEC
11	NOV	62					62	NOV
10	OCT	63					63	OCT
09	SEP	64					64	SEP
2	08	AUG	65				65	AUG 2
0	07	JUL	66				66	JUL 0
1	06	JUN	67				67	JUN 1
8	05	MAY	68				68	MAY 8
	04	APR	69				69	APR
	03	MAR	70				70	MAR
	02	FEB	71				71	FEB
	01	JAN	72				72	JAN

INTERVIEWER'S OBSERVATIONS

TO BE FILLED IN AFTER COMPLETING INTERVIEW

COMMENTS ABOUT RESPONDENT:

---

---

---

---

---

---

COMMENTS ON SPECIFIC QUESTIONS:

---

---

---

---

---

ANY OTHER COMMENTS:

---

---

---

---

---

SUPERVISOR'S OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

---

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