

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*	_____	_____	_____	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)	
			[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

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 चर्चे और व्यक्तियों से इकट्ठी करेंगे वो सरकार को स्वास्थ्य सेवाएं बनाने में मदद करेगी। आपका परिवार इस सर्वेक्षण के लिए चुना गया है। इन ग बातों में लगभग 40 - 60 मिनट लगेंगे। आपके सारे जवाब गुप्त रहे जायेंगे और हमारे सर्वेक्षण के सक्त्यों के जलावा 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 या आप किसी भी समय यह बातचीत रोक सकते हैं। यदि आपको इस सर्वेक्षण के बारे में और जानकारी चाहिए तो आप मुझसे पूछिए या उस व्यक्ति को संपर्क करें, जिसका 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 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	
103	पिछले जन्मदिन पर आपकी आयु कितनी थी? How old were you at your last birthday? COMPARE AND CORRECT 102 AND/OR 103 IF INCONSISTENT.	AGE IN COMPLETED YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	आप कितने समय से निरंतर (CURRENT PLACE OF RESIDENCE) में रह रहे हैं? How long have you been living continuously in (CURRENT PLACE OF RESIDENCE)? IF LESS THAN 1 YEAR, RECORD '00'	YEARS <input type="text"/> <input type="text"/> ALWAYS 95 VISITOR 96	
105	क्या आप कभी स्कूल गयी हैं? Have you ever attended school?	YES 1 NO 2	→ 108
106	आपने कौन सा उच्चतम दर्जा पास किया है? What is the highest grade you completed?	GRADE <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	CHECK 106: GRADE 00-08 <input type="checkbox"/> GRADE 09 AND ABOVE <input type="checkbox"/>		→ 110
108	अब मैं चाहूंगी कि 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 सकती 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	
109	CHECK 108: CODE '2', '3' OR '4' RECORDED <input type="checkbox"/> CODE '1' OR '5' RECORDED <input type="checkbox"/>		→ 111
110	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	
111	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	
112	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	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
113	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	
114	आपका धर्म क्या है? What is your religion?	HINDU 01 MUSLIM 02 CHRISTIAN 03 SIKH 04 BUDDHIST/NEO-BUDDHIST 05 JAIN 06 JEWISH 07 PARSI/ZOROASTRIAN 08 NO RELIGION 09 OTHER _____ 96 (SPECIFY)	
115	आपकी जाति वा जनजाति क्या है? What is your caste or tribe?	CASTE _____ 991 (SPECIFY) TRIBE _____ 992 (SPECIFY) NO CASTE/TRIBE 993 DONT KNOW 998	→ 201
116	क्या आप अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़े वर्ग से हैं वा इनमें से कोई नहीं हैं? Do you belong to a scheduled caste, a scheduled tribe, other backward class, or none of these?	SCHEDULED CASTE 1 SCHEDULED TRIBE 2 OBC 3 NONE OF THEM 4	

SECTION 2. REPRODUCTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
201	<p>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?</p> <p>Now I would like to ask about all the births you have had during your life. Have you ever given birth?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 206
202	<p>क्या आपके कोई ऐसे बेटे या बेटियाँ हैं जिन्हें आपने जन्म दिया है और जो अभी आपके साथ रहते हैं?</p> <p>Do you have any sons or daughters to whom you have given birth who are now living with you?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 204
203	<p>a. कितने बेटे आपके साथ रहते हैं? How many sons live with you?</p> <p>b. और कितनी बेटियाँ आपके साथ रहती हैं? And how many daughters live with you?</p> <p>IF NONE, RECORD '00'.</p>	<p>SONS AT HOME <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAUGHTERS AT HOME <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
204	<p>क्या आपके ऐसे बेटे या बेटियाँ हैं जिन्हें आपने जन्म दिया है और जो जीवित हैं लेकिन आपके साथ नहीं रहते हैं?</p> <p>Do you have any sons or daughters to whom you have given birth who are alive but do not live with you?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 206
205	<p>a. ऐसे कितने जीवित बेटे हैं जो आपके साथ नहीं रहते हैं? How many sons are alive but do not live with you?</p> <p>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?</p> <p>IF NONE, RECORD '00'.</p>	<p>SONS ELSEWHERE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAUGHTERS ELSEWHERE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
206	<p>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?</p> <p>IF NO, PROBE: कोई बच्चा या जो रोया था या जिम्मे जीवित होने का कोई संकेत दिया लेकिन बाद में जीवित नहीं रहा?</p> <p>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?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 206
207	<p>a. कितने लड़कों की मृत्यु हुई है? How many boys have died?</p> <p>b. और कितनी लड़कियों की मृत्यु हुई है? And how many girls have died?</p> <p>IF NONE, RECORD '00'.</p>	<p>BOYS DEAD <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GIRLS DEAD <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
208	<p>SUM ANSWERS TO 203, 205, AND 207, AND ENTER TOTAL. IF NONE, RECORD '00'.</p>	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	<p>CHECK 208: बहु 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?</p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → PROBE AND CORRECT 201-208 AS NECESSARY.</p>		
210	<p>CHECK 208: ONE OR MORE BIRTHS <input type="checkbox"/> NO BIRTHS <input type="checkbox"/> → 228</p>		

211 अब मैं आपसे सभी बच्चों के नाम लिखना चाहूँगी जहाँ वे अभी जीवित हैं या नहीं। शुरूआत अपने सबसे पहले बच्चे के नाम 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
आपके (पहले/अपने) बच्चे का नाम क्या रखा गया था? What name was given to your (first/next) baby? BIRTH HISTORY NUMBER AND NAME	क्या (NAME) लड़का है या लड़की है? Is (NAME) a boy or a girl?	क्या इनमें से कोई कुछवा बच्चे के? Were any of these births twins?	(NAME) का जन्म किस महीने और साल में हुआ था? PROBE: उसका जन्मदिन क्या था? On what day, month and year was (NAME) born? PROBE: What is his/her birthday?	क्या (NAME) अभी जीवित है? Is (NAME) still alive?	कितने साल (NAME) की अबु कितनी थी? How old was (NAME) at (his/her) last birthday?	क्या (NAME) आपके साथ रहे/रही है? Is (NAME) living with you?	IF ALIVE: RECORD HOUSE-HOLD LINE NUMBER OF CHILD (RECORD '00' IF CHILD NOT LISTED IN HOUSE-HOLD). RECORD AGE IN COMPLETED YEARS.	IF DEAD: मृत्यु के समय (NAME) की अबु कितनी थी? IF '1 YR', PROBE: (NAME) उस समय कितने महीनों का था/थी? 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.	क्या (NAME) OF PREVIOUS BIRTH) और (NAME) के बीच कितनी दूसरे जीवित बच्चे का जन्म हुआ था, उन बच्चों की भी शामिल करें कितनी जन्म के पश्चात् मृत्यु हो गईं थीं? 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 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"/> ↓ (NEXT BIRTH)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	
02	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"/> ↓ (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	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"/> <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"/> ↓ (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	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"/> <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"/> ↓ (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	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"/> <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"/> ↓ (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	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"/> <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"/> ↓ (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	YES ... 1 ADD ← BIRTH NO ... 2 NEXT → BIRTH

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
<p>आपके (पहले/अगले) बच्चे का नाम क्या रखा गया था?</p> <p>What name was given to your (first/next) baby?</p> <p>BIRTH HISTORY NUMBER AND NAME</p>	<p>क्या (NAME) लड़का है या लड़की है?</p> <p>Is (NAME) a boy or a girl?</p>	<p>क्या इनमें से कोई जुड़वा बच्चे के हैं?</p> <p>Were any of these births twins?</p>	<p>(NAME) का जन्म किस तारीख और साल में हुआ था? PROBE: उसका जन्मदिन क्या था?</p> <p>On what day, month and year was (NAME) born? PROBE: What is his/her birthday?</p>	<p>क्या (NAME) अभी जीवित है?</p> <p>Is (NAME) still alive?</p>	<p>कितने जन्मदिन पर (NAME) की अंतिम जन्मदिन थी?</p> <p>How old was (NAME) at (his/her) last birthday?</p> <p>RECORD AGE IN COMPLETED YEARS.</p>	<p>क्या (NAME) आपके साथ रह रहा/रही है?</p> <p>Is (NAME) living with you?</p>	<p>IF ALIVE: RECORD HOUSE-HOLD LINE NUMBER OF CHILD (RECORD '00' IF CHILD NOT LISTED IN HOUSE-HOLD).</p>	<p>IF DEAD: बच्चे के मरण की तारीख कौन सी थी? IF '1 YR', PROBE: (NAME) उन मरण कितने महीने का था/थी?</p> <p>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.</p>	<p>क्या (NAME) OF PREVIOUS BIRTH) और (NAME) के बीच किसी बच्चे की जन्म हुआ था, उन बच्चे की को भी शामिल करें पश्चात् बच्चे को मरण प्राप्त हुआ था?</p> <p>Were there any other live births between (NAME OF PREVIOUS BIRTH) and (NAME), including any children who died after birth?</p>
07	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 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	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"/>	YES ... 1 NO ... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES ... 1 NO ... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	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"/>	YES ... 1 NO ... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES ... 1 NO ... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	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"/>	YES ... 1 NO ... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES ... 1 NO ... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	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"/>	YES ... 1 NO ... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES ... 1 NO ... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	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"/>	YES ... 1 NO ... 2 ↓ 220	AGE IN YEARS <input type="text"/>	YES ... 1 NO ... 2	LINE NUMBER <input type="text"/> (GO TO 221)	DAYS ... 1 <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> YEARS ... 3 <input type="text"/>	YES ... 1 ADD ← BIRTH NO ... 2 NEXT → BIRTH

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
222	<p>क्या (NAME OF LAST BIRTH) के जन्म के बाद आपको कोई जीवित बच्चा पैदा हुआ? Have you had any live births since the birth of (NAME OF LAST BIRTH)? IF YES, RECORD BIRTH(S) IN TABLE.</p>	<p>YES 1 NO 2</p>	
223	<p>क्या (NAME OF FIRST BIRTH) के जन्म के पहले आपको कोई जीवित बच्चा पैदा हुआ? Before the birth of (NAME OF FIRST BIRTH), did you have any other live births? IF YES, RECORD BIRTH(S) IN TABLE.</p>	<p>YES 1 NO 2</p>	
224	CHECK 215 AND ENTER THE NUMBER OF BIRTHS IN JANUARY 2015 OR LATER.	<p>NUMBER OF BIRTHS <input type="text"/></p> <p>NONE 0</p>	→ 226
225	<p>FOR EACH BIRTH SINCE JANUARY 2015, ENTER 'B' IN THE MONTH OF BIRTH IN COLUMN 1 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>C FOR EACH BIRTH ASK: जब आप (NAME) के साथ गर्भवती थीं तब क्या आपको एक अल्ट्रासाउंड (सोनोग्राम) परीक्षण हुआ था? At any time when you were pregnant with (NAME), did you have an ultrasound test? RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN COLUMN 2 IN THE MONTH OF BIRTH.</p>		
226	<p>क्या आप अभी गर्भवती हैं? Are you pregnant now?</p>	<p>YES 1 NO 2 UNSURE 8</p>	→ 231
227	<p>आप कितने महीनों से गर्भवती हैं? How many months pregnant are you? RECORD NUMBER OF COMPLETED MONTHS. ENTER 'P's IN COLUMN 1 OF CALENDAR, BEGINNING WITH MONTH OF INTERVIEW AND FOR THE TOTAL NUMBER OF COMPLETED MONTHS.</p> <p>C</p>	<p>MONTHS <input type="text"/></p>	
228	<p>क्या इस गर्भावस्था के दौरान कभी भी आपको एक अल्ट्रासाउंड (सोनोग्राम) परीक्षण हुआ है? At any time during this pregnancy, have you had an ultrasound test?</p> <p>C RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN COLUMN 2 OF THE CALENDAR IN THE CURRENT MONTH.</p>		
229	<p>जब आप गर्भवती हुईं तब क्या आप गर्भवती होना चाहती थीं? When you got pregnant, did you want to get pregnant at that time?</p>	<p>YES 1 NO 2</p>	→ 231

NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
230	<p>CHECK 208: TOTAL NUMBER OF BIRTHS</p> <p><input type="checkbox"/> ONE OR MORE</p> <p>क. क्या आप बच्चा या बच्चों में चाहती थीं या आप कोई और बच्चे नहीं चाहती थीं?</p> <p>Did you want to have the baby later on or did you not want any more children?</p> <p><input type="checkbox"/> NONE</p> <p>ख. क्या आप बच्चा या बच्चों में चाहती थीं या आप कोई बच्चा नहीं चाहती थीं?</p> <p>Did you want to have the baby later on or did you not want any children?</p>	<p>LATER 1</p> <p>NO MORE/NONE 2</p>																	
231	<p>क्या आपका कोई बच्चा ऐसा था जिसका अपने आप गर्भवतल हो गया, गर्भवतल 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>	→ 250																
232	<p>ऐसे सबसे आखिरी गर्भ की समाप्ति कब हुई?</p> <p>When did the last such pregnancy end?</p>	<p>MONTH <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> <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>																	
233	<p>CHECK 232:</p> <p>LAST PREGNANCY ENDED IN <input type="checkbox"/> JANUARY 2015 OR LATER</p> <p>LAST PREGNANCY ENDED IN <input type="checkbox"/> 2014 OR EARLIER</p>		→ 250																
234	<p>क या इस गर्भ का न बच्चा: गर्भवतल हो सकता गर्भवतल कराया गया था, या बच्चा मृत पैदा हुआ था?</p> <p>Did that pregnancy end in a miscarriage, an abortion, or a stillbirth?</p> <p>C CIRCLE RESPONSE CODE AND ENTER 'M' FOR MISCARRIAGE, 'A' FOR ABORTION, OR 'S' FOR STILLBIRTH IN COLUMN 1 OF THE CALENDAR IN MONTH IN WHICH PREGNANCY WAS TERMINATED.</p>	<p>MISCARRIAGE 1</p> <p>ABORTION 2</p> <p>STILLBIRTH 3</p>																	
235	<p>आखिरी ऐसे गर्भ की जब समाप्ति हुई उस समय आपको कितने महीने का गर्भ था?</p> <p>How many months pregnant were you when the last such pregnancy ended?</p> <p>C RECORD NUMBER OF COMPLETED MONTHS. ENTER 'P's IN COLUMN 1 OF CALENDAR IN MONTHS BEFORE THE PREGNANCY TERMINATED. TOTAL NUMBER OF 'P's MUST BE ONE LESS THAN NUMBER OF MONTHS PREGNANT AT TIME OF TERMINATION.</p>	<p>MONTHS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>																	
236	<p>क्या इस गर्भवतल के दौरान कभी भी आपका डॉक्टर/डॉल्फोनीकार/परीक्षण हुआ था?</p> <p>At any time during this pregnancy, did you have an ultrasound test?</p> <p>C RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN COLUMN 2 OF THE CALENDAR IN MONTH IN WHICH PREGNANCY WAS TERMINATED.</p>																		
237	<p>CHECK 234:</p> <p>ABORTION <input type="checkbox"/></p> <p>MISCARRIAGE OR STILLBIRTH <input type="checkbox"/></p>		→ 246																

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
238	गर्भपात कहाँ कराया गया था? Where was the abortion performed?	PUBLIC HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL 11 AYUSH AYURVEDA 12 YOGA AND NATUROPATHY 13 UNANI 14 SIDDHA 15 HOMEOPATHY 16 SOWA RIGPA (TTM) 17 OTHER 18 (SPECIFY) GOVT. DISPENSARY/CLINIC 19 UHC/UHP/UFWC 20 CHC/RURAL HOSP./BLOCK PHC 21 PHC/ADDITIONAL PHC 22 SUB-CENTRE 23 GOVT. MOBILE CLINIC 24 OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR 25 (SPECIFY) NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC 31 PRIVATE HEALTH SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC 41 DISPENSARY/CLINIC 42 OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR 43 (SPECIFY) OTHER AT HOME 51 ELSEWHERE 96 (SPECIFY)	
239	गर्भपात किसके द्वारा किया गया? Who performed the abortion?	DOCTOR 1 NURSE/ANMLHV 2 VAIDYA/HAKIM/HOMEOPATH (AYUSH) 3 DAI 4 FAMILY MEMBER/RELATIVE/FRIEND 5 SELF 6 OTHER 7 (SPECIFY)	
240	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) DONT KNOW 9	
241	गर्भपात करने का मुख्य कारण क्या था? What was the main reason for the abortion?	UNPLANNED PREGNANCY 01 CONTRACEPTIVE FAILURE 02 COMPLICATION(S) IN PREGNANCY 03 HEALTH DID NOT PERMIT 04 FEMALE FOETUS 05 MALE FOETUS 06 ECONOMIC REASONS 07 LAST CHILD TOO YOUNG 08 FOETUS HAD CONGENITAL ABNORMALITY 09 HUSBAND/MOTHER IN LAW DID NOT WANT 95 OTHER 96 (SPECIFY)	
242	क्या गर्भपात से आपको कोई समस्या या दुर्घटना हुई? Did you have any complication from the abortion?	YES 1 NO 2	→ 246
243	क्या आपको उस समस्या या के लिए कोई इलाज कराया था? Did you seek treatment for the complication?	YES 1 NO 2	→ 245

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
245	<p>आपने इलाज ऋ खी नहीं कराया थई कोई अन्य कारण?</p> <p>Why did you not seek treatment? Any other reason?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>COULD NOT AFFORD TREATMENT A</p> <p>COULD NOT AFFORD TRANSPORT B</p> <p>FEAR OF STIGMA BY PROVIDER C</p> <p>FEAR OF STIGMA BY COMMUNITY D</p> <p>COMPLICATION WAS MINOR/DID NOT REQUIRE TREATMENT E</p> <p>PROBLEM RESOLVED ITSELF F</p> <p>COULD NOT GET AWAY FROM FAMILY RESPONSIBILITIES G</p> <p>HUSBAND DID NOT GIVE PERMISSION .. H</p> <p>OTHER X</p> <p>(SPECIFY)</p>																	
246	<p>जनवरी 2015 में क्या आपके कोई ऐसे अन्य गर्भधारण हुए जिनका परिणाम जीवित जन्म में न हुआ हो?</p> <p>Since January 2015, have you had any other pregnancies that did not result in a live birth?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 248																
247	<p>ASK THE DATE AND THE DURATION OF PREGNANCY FOR EACH EARLIER NON-LIVE BIRTH PREGNANCY SINCE JANUARY 2015.</p> <p>C ENTER 'T' IN COLUMN 1 OF CALENDAR IN MONTH THAT EACH PREGNANCY TERMINATED AND 'P' FOR REMAINING NUMBER OF COMPLETED MONTHS.</p> <p>FOR EACH TERMINATED PREGNANCY ASK:</p> <p>क्या इस गर्भधारण के दौरान कभी की आपका आ इलसाउंड (सोनोग्राफी) परीक्षण हुआ है?</p> <p>At any time during this pregnancy, did you have an ultrasound test?</p> <p>C RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN COLUMN 2 OF THE CALENDAR IN MONTH IN WHICH PREGNANCY WAS TERMINATED.</p>																		
248	<p>क्या 2014 में या उससे पहले आपको कोई ऐसे गर्भधारण हुए जिनका परिणाम जीवित जन्म में नहीं हुआ हो?</p> <p>Did you have any pregnancies that terminated in 2014 or earlier that did not result in a live birth?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 250																
249	<p>2014 में या उससे पहले अंतिमी गर्भ की समाप्ति कब हुई?</p> <p>When did the last such pregnancy that terminated in 2014 or earlier?</p>	<p>MONTH <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> <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>																	
250	<p>आपका पिछला मासिक धर्म कब शुरू हुआ?</p> <p>When did your last menstrual period start?</p> <p>_____</p> <p>(DATE, IF GIVEN)</p> <p>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 <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>WEEKS AGO 2 <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>MONTHS AGO 3 <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>YEARS AGO 4 <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>HAS HAD HYSTERECTOMY 993 → 254</p> <p>IN MENOPAUSE 994</p> <p>BEFORE LAST BIRTH 995 → 253</p> <p>NEVER MENSTRUATED 996</p>																	
251	<p>CHECK 250:</p> <p>LAST MENSTRUAL PERIOD = 5 MONTHS AGO <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/> → 257</p>																		
252	<p>CHECK 226:</p> <p>NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/></p> <p>PREGNANT <input type="checkbox"/> → 257</p>																		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
253	कुछ महिलाएँ 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?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 257
254	आपने कितने साल पहले यह ऑपरेशन [हिस्टरेक्टमी] करवाया था? How many years ago was this operation [hysterectomy] performed? IF LESS THAN 1 YEAR AGO, RECORD '00'.	YEARS AGO <input type="text"/> DON'T KNOW 98	
255	यह ऑपरेशन [हिस्टरेक्टमी] कहाँ पर करवाया गया था? Where was this operation [hysterectomy] performed? 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)	PUBLIC HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL 11 GOVT. DISPENSARY 12 UHC/UHP/UFWC 13 CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC 14 PHC/ADDITIONAL PHC 15 SUB-CENTRE 16 GOVT. MOBILE CLINIC 17 CAMP 18 OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY 19 NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC 21 PRIVATE HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL 31 PVT. DOCTOR/CLINIC 32 PVT. MOBILE CLINIC 33 OTHER PRIVATE HEALTH FACILITY 34 OTHER 96 (SPECIFY) DON'T KNOW 98	
258	किस कारण से यह ऑपरेशन करवाया गया था? कोई अन्य कारण? Why was this operation performed? Any other reason? RECORD ALL MENTIONED.	EXCESSIVE MENSTRUAL BLEEDING AND/OR PAIN A FIBROIDS/CYSTS B UTERINE RUPTURE C CANCER D UTERINE PROLAPSE E SEVERE POST-PARTUM HAEMORRHAGE F CERVICAL DISCHARGE G OTHER X (SPECIFY)	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
257	CHECK 250: NEVER MENSTRUATED <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		→ 261
258	CHECK 103: AGE 15-24 <input type="checkbox"/> AGE 25 OR MORE <input type="checkbox"/>		→ 261
259	जब आपका पहला मासिक धर्म शुरू हुआ, तब आपकी उम्र क या थी? How old were you when you had your first monthly period?	AGE IN COMPLETED YEARS <input type="text"/>	
260	मासिक धर्म के दौरान सून के राग से बचने के लिए महिलाएं विभिन्न तरीके अपनाती हैं। क या आप कुछ प्रयोग करती हैं यदि हूँ 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.	CLOTH A LOCALLY PREPARED NAPKINS B SANITARY NAPKINS C TAMPONS D MENSTRUAL CUP E NOTHING F OTHER _____ X (SPECIFY)	
261	एक मासिक धर्म से अगले मासिक धर्म के दौरान क्या कुछ ऐसे दिन होते हैं जिनमें यदि महिला गीन 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	→ 263
262	क्या वह 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	
263	CHECK 250: LAST MENSTRUAL PERIOD < 6 MONTHS AGO <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		→ 301
264	क्या आप मासिक धर्म के समय स्नान करती हैं? Do you take a bath during your menstrual period ?	YES 1 NO 2	→ 301
265	मासिक धर्म के दौरान, क्या आप सामान्यतः उसी स्नानघर में स्नान करती हैं जहाँ परिवार के अन्य सदस्य स्नान करते हैं? During your period, do you usually take a bath in the same bathroom as other household members take a bath?	YES 1 NO 2 DOES NOT HAVE BATHROOM 3	

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	→ 305 → 307 → 315
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 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
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. <input type="text"/> <input type="text"/>	
305	आपके अलावा, क्या आपके पति की और भी पत्नियाँ हैं? Besides yourself, does your husband have other wives?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	→ 307
306	कुल गिनकर, आपके समेत, उसकी कितनी पत्नियाँ हैं? Including yourself, in total, how many wives does he have?	NUMBER OF WIVES <input type="text"/> DONT 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 <input type="text"/> <input type="text"/> DONT KNOW MONTH 98	
308A	अब मैं आपसे पूछना चाहूँगी कि जब आपका आपके पहले पति से विवाह हुआ था वह किस-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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DONT 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 <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	शारी में पहले क्या आपके (वर्तमान) पति की आपसे कोई रिश्तेदारी थी? Before you got married, was your (current) husband related to you in any way?	YES 1 NO 2	→ 312
311	आपकी बेनी रिश्तेदारी थी? What type of relationship was it?	FIRST COUSIN ON FATHER'S SIDE ... 1 FIRST COUSIN ON MOTHER'S SIDI ... 2 SECOND COUSIN 3 UNCLE 4 OTHER BLOOD RELATIVE 5 BROTHER-IN-LAW 6 OTHER NON-BLOOD RELATIVE 7	
312	CHECK 301: MARITAL STATUS CODE '2' CIRCLED <input type="checkbox"/> CODE '2' NOT CIRCLED <input type="checkbox"/>		→ 315

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
313	<p>CHECK 307:</p> <p style="text-align: center;">MARRIED ONLY ONCE <input type="checkbox"/> MARRIED MORE THAN ONCE <input type="checkbox"/></p> <p>a. आपने अपने पति के साथ कौन से महीने और साल में रहना शुरू किया था? In what month and year did you start living with your husband?</p> <p>b. अब मैं आपसे यह पूछना चाहूँगी 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?</p>	<p>MONTH <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DONT KNOW MONTH 98</p> <p>YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DONT KNOW YEAR 9998</p>	→ 316
314	<p>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?</p>	<p>AGE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 316
315	<p>CHECK FOR THE PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.</p> <p>अब मैं आपसे पारिवारिक जीवन संबंधी मुद्दों को ठीक से समझने के लिए वैयक्तिक जीवन के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। मैं आपको फिर से विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रखे जाएंगे और किसी को नहीं बताएँ जायेंगे। अगर आप फिर भी उत्तर नहीं देना चाहें तो मुझे बताएं, मैं अगले प्रश्न पर चली जाऊँगी।</p> <p>क्या आपने कभी संभोग किया है?</p> <p>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.</p> <p>Have you ever had sexual intercourse?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 317
316	<p>CHECK FOR THE PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.</p> <p>(अब मैं आपसे पारिवारिक जीवन संबंधी मुद्दों को ठीक से समझने के लिए वैयक्तिक जीवन के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। मैं आपको फिर से विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रखे जाएंगे और किसी को नहीं बताएँ जायेंगे। अगर आप फिर भी उत्तर नहीं देना चाहें तो मुझे बताएं, मैं अगले प्रश्न पर चली जाऊँगी।)</p> <p>जब आपने सबसे पहली बार संभोग किया तब आपकी आयु कितनी थी?</p> <p>(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.)</p> <p>How old were you when you had sexual intercourse for the very first time?</p>	<p>NEVER HAD SEXUAL INTERCOURSE 00</p> <p>AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>FIRST TIME WHEN STARTED LIVING WITH (FIRST) HUSBAND ... 95</p>	

SECTION 3B. CONTRACEPTION

317	अब मैं अपनी परिवार नियोजन के बारे में बात करना चाहूँगी - ऐसे बहुत से तरीके या साधन हैं जिन्हें हमें गर्भधारण टालने या रोकने के लिए इस्तेमाल कर सकते हैं। क्या आपने कभी (METHOD) के बारे में सुना है? 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)?	
01	स्त्री स्तब्दी : और अधिक बच्चे के जन्म को रोकने के लिए, बिना ऑपरेशन कर सकती है। FEMALE STERILIZATION: A woman can have an operation to avoid having any more children.	YES 1 NO 2
02	पुरुष स्तब्दी : और अधिक बच्चे के जन्म को रोकने के लिए पुरुष ऑपरेशन कर सकते हैं। MALE STERILIZATION: A man can have an operation to avoid having any more children.	YES 1 NO 2
03	आइ यू डी या पी वी आइ यू डी : बिना डॉक्टर या नर्स से अपनी योनि में आइ यू डी या लूप लगा सकती हैं। IUD OR PPIUD: A woman can have a loop or coil placed inside her vagina by a doctor or a nurse.	YES 1 NO 2
04	सर्जिकल इंजेक्शन : बिना स्वास्थ्य प्रदाता (डॉक्टर, नर्स इत्यादि) से इंजेक्शन लगा सकती हैं जो उन्हें एक या अधिक महीनों के लिए गर्भवती होने से रोक सकता है। INJECTABLES: A woman can have an injection by a health provider that stops her from becoming pregnant for one or more months.	YES 1 NO 2
05	सर्जिकल गोली : बिना गर्भारण को टालने के लिए एक गोली प्रतिदिन या प्रत्येक सप्ताह ले सकती हैं। PILL: A woman can take a pill every day or every week to avoid becoming pregnant.	YES 1 NO 2
06	कंडोम या निरोध : पुरुष संभोग के पहले अपने पित्त पर रबर का आवरण लगा सकते हैं। CONDOM OR NIRODH: A man can put a rubber sheath on his penis before sexual intercourse.	YES 1 NO 2
07	स्त्री कंडोम : स्त्री संभोग के पहले अपनी योनि में रबर का आवरण रख सकती हैं। FEMALE CONDOM: A woman can place a sheath in her vagina before sexual intercourse.	YES 1 NO 2
08	अपासकारीन सर्जिकल गोली : बिना गर्भारण को टालने के लिए संभोग होने के बाद तीन दिन तक सर्जिकल गोली ले सकती हैं। EMERGENCY CONTRACEPTION: A woman can take pills up to three days after sexual intercourse to avoid becoming pregnant.	YES 1 NO 2
09	सर्जिकल टोपी [डायाफ्रम] : बिना संभोग के पहले स्वयं ही उसे योनि के अंदर रख सकती हैं ? DIAPHRAGM: A woman can place a diaphragm inside herself before intercourse.	YES 1 NO 2
10	फोम या जेली [फोम या जलजला पदार्थ] : बिना संभोग के पहले स्वयं ही फोम या जेली को योनि के अंदर लगा सकती हैं ? FOAM OR JELLY: A woman can place foam or jelly inside herself before intercourse.	YES 1 NO 2

11	<p>मानक दिन विधि : किसी रंगीन बन्धों 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: 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 NO 2</p>
12	<p>लक्ष्मणन अमेनोरिया विधि [LAM] : मासिक धर्म की अवधि प्रारंभ होने से पहले, प्रसव के छह महीने बाद, एक ही दिन और रात को लगातार स्तनपान करने की विधि का उपयोग करती है।</p> <p>LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD (LAM): Up to six months after childbirth, before the menstrual period has returned, a woman uses a method requiring frequent breastfeeding day and night.</p>	<p>YES 1 NO 2</p>
13	<p>सुरक्षित काल विधि : प्रत्येक महीने में जब खी लैंगिक रूप से सक्रिय रहती है तब महीने के दिन दिनों में उसके गर्भवती होने की आवाधिक संभावना रहती है उन दिनों में संभोग न करने से गर्भधारण को टाल सकती है।</p> <p>RHYTHM METHOD: Every month that a woman is sexually active she can avoid pregnancy by not having sexual intercourse on the days of the month she is most likely to get pregnant.</p>	<p>YES 1 NO 2</p>
14	<p>अधःपलन यानि विपदाकाल : पुरुष अयोधकर्म (बीर्य जाने) के पहले सावधानी पूर्वक विधि को बाहर निकाल लेता है।</p> <p>WITHDRAWAL: A man can be careful and pull out before climax.</p>	<p>YES 1 NO 2</p>
15	<p>क्या आपने किसी अन्य तरीके या साधनों के बारे में सुना है जिनका उपयोग किया जा सकता है 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>a. OTHER MODERN METHOD YES 1 (SPECIFY) NO 2</p> <p>b. OTHER TRADITIONAL METHOD YES 1 (SPECIFY) NO 2</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
318	CHECK 318: EVER HAD SEXUAL INTERCOURSE YES OR <input type="checkbox"/> NOT ASKED <input type="checkbox"/>	NEVER HAD SEX <input type="checkbox"/>	→ 320
319	क-या आपने कभी गर्भधारण को रोकने या टालने के लिए किसी साधन का उपयोग किया या किसी भी तरह से कोशिश की? Have you ever used anything or tried in any way to delay or avoid getting pregnant?	YES 1 NO 2	→ 321
320	C ENTER '0' IN <u>COLUMN 1</u> OF CALENDAR IN EACH BLANK MONTH.		→ 355
321	आपने क्या उपलब्ध किया या अपनाया? What have you used or done? RECORD ALL MENTIONED. CORRECT 317 (IF NECESSARY).	FEMALE STERILIZATION A MALE STERILIZATION B IUD/PPIUD C INJECTABLES D PILL E CONDOM/NIRODH F FEMALE CONDOM G EMERGENCY CONTRACEPTION H DIAPHRAGM I FOAM/JELLY J STANDARD DAYS METHOD K LACTATIONAL AMEN. METHOD L RHYTHM METHOD M WITHDRAWAL N OTHER MODERN METHOD X OTHER TRADITIONAL METHOD Y	
322	CHECK 321: EVER USED EMERGENCY CONTRACEPTION CODE '1' CIRCLED <input type="checkbox"/> CODE '1' NOT CIRCLED <input type="checkbox"/>		→ 325
323	पिछले 12 माहों में, आपने कितनी बार अत्यावकालीन गर्भनिरोधक कोशियों का प्रयोग किया? In the last 12 months, how many times have you used emergency contraception?	NONE 00 NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	→ 325
324	आपने अत्यावकालीन गर्भनिरोधक कोशियों कहां से प्राप्त कीं? किसी अन्य जगह से? Where did you get the emergency contraception? Anywhere else? RECORD ALL MENTIONED.	PUBLIC HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL A AYUSH AYURVEDA B YOGA AND NATUROPATHY C UNANI D SIDDHA E HOMEOPATHY F SOWA RIGPA (TTM) G OTHER H (SPECIFY) GOVT. DISPENSARY I UHC/UHP/UFWC J CHC/RURAL HOSPITAL/BLOCK PHC K PHC/ADDITIONAL PHC L SUB-CENTRE/ANM M GOVT. MOBILE CLINIC N ANGANWADI/CDS CENTRE O ASHA P OTHER COMMUNITY-BASED WORKER Q OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR R NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC S PRIVATE HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL T PVT. DOCTOR/CLINIC U PVT. MOBILE CLINIC V AYUSH AYURVEDA W YOGA AND NATUROPATHY X UNANI Y SIDDHA Z HOMEOPATHY AA SOWA RIGPA (TTM) AB OTHER AC (SPECIFY) TRADITIONAL HEALER AD PHARMACY/DRUGSTORE AE DAI (TBA) AF OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AG OTHER SOURCE SHOP BA FRIEND/RELATIVE BB OTHER BX (SPECIFY)	

325	CHECK 208: ONE OR MORE BIRTHS <input type="checkbox"/> NO BIRTHS <input type="checkbox"/>		→ 327
326	अब मैं आपसे इस समय के बारे में पूछना चाहूँगी जब आपने पहली बार गर्भधारण करने के लिए कुछ किया या किसी तरीके का उपयोग किया था। इस समय क्या आपके कोई जीवित बच्चे थे यदि हाँ तो कितने? 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? IF NONE, RECORD '00'.	NUMBER OF CHILDREN <input type="text"/>	
327	CHECK 321: RESPONDENT STERILIZED? CODE 'A' NOT RECORDED <input type="checkbox"/> CODE 'A' RECORDED <input type="checkbox"/>		→ 330A
327A	CHECK 250 AND 253: HAS HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/> HAS NOT HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/>		→ 346
328	CHECK 226: NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/> PREGNANT <input type="checkbox"/>		→ 346
329	क्या आप इस समय गर्भधारण करने या रोकने के लिए कुछ कर रही हैं या किसी तरीके का उपयोग कर रही हैं? Are you currently doing something or using any method to delay or avoid getting pregnant?	YES 1 NO 2	→ 346
330	अप जोन-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 ON LIST. CORRECT 317 (IF NECESSARY).	FEMALE STERILIZATION A MALE STERILIZATION B IUD/PIUD C INJECTABLES D PILL E CONDOM/NIRODH F FEMALE CONDOM G EMERGENCY CONTRACEPTION H DIAPHRAGM I FOAMJELLY J STANDARD DAYS METHOD K LACTATIONAL AMEN. METHOD L RHYTHM METHOD M WITHDRAWAL N OTHER MODERN METHOD X OTHER TRADITIONAL METHOD Y	→ 331 → 339 → 343A
330A	RECORD 'A' FOR FEMALE STERILIZATION.		

331	<p>स्वच्छेदी कहाँ पर हुई थी? In what facility did the sterilization 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>PUBLIC HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL 11</p> <p>GOVT. DISPENSARY 12</p> <p>UHC/UHPI/UFWC 13</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC 14</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC 15</p> <p>SUB-CENTRE 16</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC 17</p> <p>CAMP 18</p> <p>OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY 19</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC 21</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR</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>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY) _____</p> <p>DON'T KNOW 98</p>	
332	<p>CHECK 330/330A; RESPONDENT STERILIZED?</p> <p>CODE 'A' <input checked="" type="checkbox"/> RECORDED</p> <p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> NOT RECORDED</p>		→ 339
333	<p>आपके स्वच्छेदी ऑपरेशन के पहले क्या आपको स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा यह बताया गया था कि इस ऑपरेशन के कारण आपको कोई (और) बच्चा नहीं हो पाएगा?</p> <p>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?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	
334	<p>ऑपरेशन के दौरान और उसके तुरंत बाद, आप को किसी देखभाल की आप किस बेगी में रखना चाहेंगी: बहुत अच्छी, ठीक-ठाक, इतनी अच्छी नहीं या बुराब?</p> <p>How would you rate the care you received during and immediately after the operation: very good, all right, not so good, or bad?</p>	<p>VERY GOOD 1</p> <p>ALL RIGHT 2</p> <p>NOT SO GOOD 3</p> <p>BAD 4</p>	
335	<p>कोई परामर्श जो आपने लिया हो उसको शामिल करते हुए स्वच्छेदी के लिए आपने कुल कितना खर्च किया था?</p> <p>How much did you pay in total for the sterilization, including any consultation you may have had?</p>	<p>AMOUNT Rs. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>FREE 99995</p> <p>DON'T KNOW 99996</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
336	क्या आपको लक्ष्मी के लिए कोई अनुदान राशि प्राप्त हुई? Did you receive any compensation for the sterilization?	YES 1 NO 2	→ 338
337	आपको कितनी अनुदान राशि प्राप्त हुई? How much compensation did you receive?	AMOUNT Rs. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DONT KNOW 9998	
338	क्या आपको इस बात पर अफसोस है कि आपने लक्ष्मी करा ली? Do you regret that you had the sterilization?	YES 1 NO 2	→ 343
339	CHECK 217 AND 330 ANY CHILD BELOW 3 YEARS AND USING IUD/PPIUD <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		→ 343A
340	क्या आपको आरक्षुटी/पिपीआरक्षुटी (IUD/PPIUD) इस्तेमाल करने के लिए अनुदान राशि मिला था? Did you receive compensation for use of the IUD/PPIUD?	YES 1 NO 2	→ 343A
341	आपको कितना अनुदान राशि मिला था? How much compensation did you receive?	AMOUNT Rs. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DONT KNOW 9998	
342	क्या प्रत्येक के 48 घंटे के भीतर आपको आरक्षुटी/पिपीआरक्षुटी जमा दी गई थी? Was your IUD/PPIUD inserted within 48 hours following childbirth?	YES 1 NO 2	
343	लक्ष्मी को जन्म से महीने और साल में कराई गई थी? In what month and year was the sterilization performed?		
343A	आपने (CURRENT METHOD) का इस्तेमाल लगातार कोल-से महीने और साल से शुरू किया? PROBE: इस समय क्या (CURRENT METHOD) का इस्तेमाल किया बंद किए हुए, कितने समय से कर रही हैं? Since what month and year have you been using (CURRENT METHOD) without stopping? PROBE: For how long have you been using (CURRENT METHOD) now without stopping?	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
344	CHECK 343/343A, 215 AND 232: ANY BIRTH OR PREGNANCY TERMINATION AFTER MONTH AND YEAR OF START OF USE OF CONTRACEPTION IN 343/343A? FOR METHODS OTHER THAN STERILIZATION: GO BACK TO 343A, PROBE AND RECORD MONTH AND YEAR AT START OF CONTINUOUS USE OF CURRENT METHOD (MUST BE AFTER LAST BIRTH OR PREGNANCY TERMINATION). FOR FEMALE STERILIZATION: CORRECT 343 OR 330 (IF NECESSARY); FOLLOW CORRECT SKIP PATTERN.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

345	<p>CHECK 343/343A:</p> <p>YEAR IS 2015-20 <input type="checkbox"/></p> <p>C ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN COLUMN 1 OF CALENDAR AND IN EACH MONTH BACK TO DATE STARTED USING.</p> <p>↓</p> <p>THEN CONTINUE WITH 346.</p>	<p>YEAR IS 2014 OR EARLIER <input type="checkbox"/></p> <p>C ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN COLUMN 1 OF CALENDAR AND EACH MONTH BACK TO JANUARY 2015.</p> <p>↓</p> <p>THEN SKIP TO → 353</p>																																																				
346	<p>मैं आपसे पिछले कुछ वर्षों के दौरान आप का अपने प्रति द्वारा गर्भधारण को रोकने के लिए इस्तेमाल की गई विधि के बारे में कुछ बातें पूछना चाहूँगी।</p> <p>I would like to ask you some questions about the times you or your husband 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 2015.</p> <p>USE NAMES OF CHILDREN, DATES OF BIRTH, AND PERIODS OF PREGNANCY AS REFERENCE POINTS.</p> <p>C IN COLUMN 1, ENTER METHOD USE CODE OR '0' FOR NONUSE IN EACH BLANK MONTH.</p> <p>ILLUSTRATIVE QUESTIONS:</p> <p>COLUMN 1:</p> <p>a. अंतिम बार अपने विधि का इस्तेमाल कब किया था? वह कौन-सी विधि थी? When was the last time you used a method? Which method was that?</p> <p>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)?</p> <p>c. उस समय अपने कितने समय तक विधि का इस्तेमाल किया था? How long did you use the method then?</p> <p>C IN COLUMN 3, ENTER CODES FOR DISCONTINUATION IN THE SAME ROW AS THE LAST MONTH OF USE. NUMBER OF CODES IN COLUMN 3 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> <p>COLUMN 3:</p> <p>d. अपने (METHOD) का इस्तेमाल क्यों बंद किया? Why did you stop using the (METHOD)?</p> <p>e. क्या (METHOD) का इस्तेमाल करने के दौरान आप गर्भवती हुई थी, क्या अपने गर्भवती होने के लिए विधि का इस्तेमाल करना बंद कर दिया था या आपने कुछ दूसरे कारणों से इस्तेमाल करना बंद कर दिया था? Did you become pregnant while using (METHOD), or did you stop to get pregnant, or did you stop for some other reason?</p> <p>C IF DELIBERATELY STOPPED TO BECOME PREGNANT, ASK:</p> <p>f. (METHOD) का इस्तेमाल बंद करने के बाद आपको गर्भधारण में कितने महीने लगे? How many months did it take you to get pregnant after you stopped using (METHOD)?</p> <p>AND ENTER '0' IN EACH SUCH MONTH IN COLUMN 1.</p>																																																					
347	<p>CHECK 330/330A:</p> <p>RECORD METHOD CODE:</p> <p>IF MORE THAN ONE METHOD CODE CIRCLED IN 330/330A, CIRCLE CODE FOR HIGHEST METHOD IN LIST.</p>	<table border="0"> <tr><td>NO CODE CIRCLED</td><td>00</td><td>→ 355</td></tr> <tr><td>FEMALE STERILIZATION</td><td>01</td><td></td></tr> <tr><td>MALE STERILIZATION</td><td>02</td><td>→ 359</td></tr> <tr><td>IUD/PIUD</td><td>03</td><td></td></tr> <tr><td>INJECTABLES</td><td>04</td><td></td></tr> <tr><td>PILL</td><td>05</td><td></td></tr> <tr><td>CONDOMNIRODH</td><td>06</td><td></td></tr> <tr><td>FEMALE CONDOM</td><td>07</td><td></td></tr> <tr><td>EMERGENCY CONTRACEPTION</td><td>08</td><td>→ 351</td></tr> <tr><td>DIAPHRAGM</td><td>09</td><td></td></tr> <tr><td>FOAM/JELLY</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>STANDARD DAYS METHOD</td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD</td><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>RHYTHM METHOD</td><td>13</td><td>→ 350</td></tr> <tr><td>WITHDRAWAL</td><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>OTHER MODERN METHOD</td><td>15</td><td></td></tr> <tr><td>OTHER TRADITIONAL METHOD</td><td>16</td><td></td></tr> </table>	NO CODE CIRCLED	00	→ 355	FEMALE STERILIZATION	01		MALE STERILIZATION	02	→ 359	IUD/PIUD	03		INJECTABLES	04		PILL	05		CONDOMNIRODH	06		FEMALE CONDOM	07		EMERGENCY CONTRACEPTION	08	→ 351	DIAPHRAGM	09		FOAM/JELLY	10		STANDARD DAYS METHOD	11		LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD	12		RHYTHM METHOD	13	→ 350	WITHDRAWAL	14		OTHER MODERN METHOD	15		OTHER TRADITIONAL METHOD	16		
NO CODE CIRCLED	00	→ 355																																																				
FEMALE STERILIZATION	01																																																					
MALE STERILIZATION	02	→ 359																																																				
IUD/PIUD	03																																																					
INJECTABLES	04																																																					
PILL	05																																																					
CONDOMNIRODH	06																																																					
FEMALE CONDOM	07																																																					
EMERGENCY CONTRACEPTION	08	→ 351																																																				
DIAPHRAGM	09																																																					
FOAM/JELLY	10																																																					
STANDARD DAYS METHOD	11																																																					
LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD	12																																																					
RHYTHM METHOD	13	→ 350																																																				
WITHDRAWAL	14																																																					
OTHER MODERN METHOD	15																																																					
OTHER TRADITIONAL METHOD	16																																																					

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
348	<p>आपने (MONTH/YEAR) में (CURRENT METHOD) का इस्तेमाल करना शुरू किया। उस समय क्या आपको इस विधि के इस्तेमाल में हो सकने वाले दुष्प्रभाव या समस्याओं के बारे में बताया गया था?</p> <p>You started using (CURRENT METHOD) in (MONTH/YEAR). 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>	→ 350
349	<p>क्या आपको स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने कभी भी इस विधि में हो सकने वाले दुष्प्रभाव या समस्याओं के बारे में बताया था?</p> <p>Were you ever told by a health or family planning worker about side effects or problems you might have with the method?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 351
350	<p>क्या आपको बताया गया था कि यदि इस विधि के इस्तेमाल में 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>	
351	<p>CHECK 347:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '01' RECORDED <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '01' NOT RECORDED <input type="checkbox"/></p> </div> </div> <p>a. जब आपकी नसबंदी हुई, क्या आपको परिवार नियोजन की अन्य विधियों के बारे में बताया गया था जिनका इस्तेमाल आप कर सकती थीं?</p> <p>When you got sterilized, were you told about other methods of family planning that you could use?</p> <p>b. आपने जब (CURRENT METHOD) (MONTH/YEAR) में प्राप्त की थी, क्या आपको परिवार नियोजन की अन्य विधियों के बारे में बताया गया था जिनका इस्तेमाल आप कर सकती थीं?</p> <p>When you obtained (CURRENT METHOD), were you told about other methods of family planning that you could use?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 353
352	<p>क्या स्वास्थ्य या परिवार नियोजन कार्यकर्ता ने कभी भी आपको परिवार नियोजन की अन्य विधियों के बारे में बताया था जिनका इस्तेमाल आप कर सकती थीं?</p> <p>Were you ever told by a health or family planning worker about other methods of family planning that you could use?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	
353	<p>CHECK 330/330A:</p> <p>RECORD METHOD CODE:</p> <p>IF MORE THAN ONE METHOD CODE CIRCLED IN 330/330A, RECORD CODE FOR HIGHEST METHOD IN LIST.</p>	<p>FEMALE STERILIZATION 01</p> <p>MALE STERILIZATION 02</p> <p>IUD/PPIUD 03</p> <p>INJECTABLES 04</p> <p>PILL 05</p> <p>CONDOM/NIRODH 06</p> <p>FEMALE CONDOM 07</p> <p>EMERGENCY CONTRACEPTION 08</p> <p>DIAPHRAGM 09</p> <p>FOAM/JELLY 10</p> <p>STANDARD DAYS METHOD 11</p> <p>LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD 12</p> <p>RHYTHM METHOD 13</p> <p>WITHDRAWAL 14</p> <p>OTHER MODERN METHOD 15</p> <p>OTHER TRADITIONAL METHOD 16</p>	<p>→ 359</p> <p>→ 359</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
354	<p>अपने चिकित्सीय चार (CURRENT METHOD) कहां से प्राप्त किये? Where did you obtain (CURRENT METHOD) the last time?</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>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>PUBLIC HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL 11</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA 12</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY 13</p> <p>UNANI 14</p> <p>SIDDHA 15</p> <p>HOMEOPATHY 16</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) 17</p> <p>OTHER 18</p> <p>_____ (SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISPENSARY 19</p> <p>LHC/UHP/UPWC 20</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC 21</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC 22</p> <p>SUB-CENTRE/ANM 23</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC 24</p> <p>CAMP 25</p> <p>ANGANWADI/CDS CENTRE 26</p> <p>ASHA 27</p> <p>OTHER COMMUNITY- BASED WORKER 28</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR 29</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... 31</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL 41</p> <p>PVT. DOCTOR/CLINIC 42</p> <p>PVT. MOBILE CLINIC 43</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA 44</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY 45</p> <p>UNANI 46</p> <p>SIDDHA 47</p> <p>HOMEOPATHY 48</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) 49</p> <p>OTHER 50</p> <p>_____ (SPECIFY)</p> <p>TRADITIONAL HEALER 51</p> <p>PHARMACY/DRUGSTORE 52</p> <p>DAI (TBA) 53</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR 54</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>SHOP 61</p> <p>HUSBAND 62</p> <p>FRIEND/RELATIVE 63</p> <p>OTHER 96</p> <p>_____ (SPECIFY)</p>	<p>→ 359</p>
355	<p>CHECK 250 AND 253:</p> <p>HAS HAD A <input type="checkbox"/> HYSTERECTOMY</p> <p>HAS NOT HAD <input type="checkbox"/> A HYSTERECTOMY</p>		<p>→ 359</p>
356	<p>क्या आपको स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने कभी भी परिवार नियोजन की किसी विधि के बारे में बताया था जिसके इस्तेमाल करने से गर्भधारण टाला जा सकता है? Were you ever told by a health worker about any methods of family planning that you can use to avoid pregnancy?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
357	<p>क्या आपको किसी ऐसी जगह की जानकारी है जहाँ से आप परिवार नियंत्रण की विधि प्राप्त कर सकते हैं? Do you know of a place where you can obtain a method of family planning?</p>	<p>YES 1 NO 2</p>	→ 359
358	<p>कहाँ कोण-सी जगह है? कोई अन्य जगह? Where is that? 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(S).</p> <p>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p>PUBLIC HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL A</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA B YOGA AND NATUROPATHY C UNANI D SIDDHA E HOMEOPATHY F SOWA RIGPA (TTM) G OTHER H (SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISPENSARY I UHC/UHP/UFWC J CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC K PHC/ADDITIONAL PHC L SUB-CENTRE/ANM M GOVT. MOBILE CLINIC N CAMP O ANGANWADI/ICDS CENTRE P ASHA Q OTHER COMMUNITY- BASED WORKER R OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR S</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC T</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL U PVT. DOCTOR/CLINIC V PVT. MOBILE CLINIC W</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA X YOGA AND NATUROPATHY Y UNANI Z SIDDHA AA HOMEOPATHY AB SOWA RIGPA (TTM) AC OTHER AD (SPECIFY)</p> <p>TRADITIONAL HEALER AE PHARMACY/DRUGSTORE AF DAI (TBA) AG OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AH</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>SHOP BA FRIEND/RELATIVE BB OTHER BC (SPECIFY)</p>	

SECTION 3C. CONTACTS WITH COMMUNITY HEALTH WORKERS

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																
359	<p>अब मैं आपसे ए एन एम वा एल एच वी से हाल में ही हुए किसी संपर्क के बारे में बात करना चाहूँगी। पिछले तीन महीनों में, आपकी क्या ए एन एम वा एल एच वी से मुलाकात हुई?</p> <p>Now I would like to talk to you about any contacts you have had recently with an ANM or LHV. In the last three months have you met with an ANM or LHV?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 361																																
360	<p>पिछले तीन महीनों में, आपकी (इस व्यक्ति/इन व्यक्तियों) से कितनी बार मुलाकात हुई:</p> <p>In the last three months, how many times did you meet with (this person/these persons):</p> <p>IF NONE, RECORD '00'.</p> <p>a. घर में? At home?</p> <p>b. आंगनवाड़ी केंद्र में? At the anganwadi centre?</p> <p>c. स्वास्थ्य सुविधा केंद्र वा शिविर में? At a health facility or camp?</p> <p>d. अन्य किसी जगह पर? Anywhere else?</p>	<p>HOME <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>AWC <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>HEALTH FACILITY/CAMP <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ELSEWHERE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>																																	
361	<p>पिछले तीन महीनों में क्या आप किसी आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आशा वा अन्य सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता से मिली हैं?</p> <p>In the last three months, have you met with an anganwadi worker, ASHA or other community health worker?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 364																																
362	<p>आप किससे मिली? क्या किसी से?</p> <p>Who did you meet? Anyone else?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>ANGANWADI WORKER A</p> <p>ASHA B</p> <p>MPW C</p> <p>OTHER X</p> <p align="center">(SPECIFY)</p>																																	
363	<p>पिछले तीन महीनों में, आपकी (इस व्यक्ति/इन व्यक्तियों) से कितनी बार मुलाकात हुई:</p> <p>In the last three months, how many times did you meet with (this person/these persons):</p> <p>IF NONE, RECORD '00'.</p> <p>a. घर में? At home?</p> <p>b. आंगनवाड़ी केंद्र में? At the anganwadi centre?</p> <p>c. स्वास्थ्य सुविधा केंद्र वा शिविर में? At a health facility or camp?</p> <p>d. अन्य किसी जगह पर? Anywhere else?</p>	<p>HOME <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>AWC <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>HEALTH FACILITY/CAMP <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ELSEWHERE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>																																	
364	<p>CHECK 359 AND 361:</p> <p>AT LEAST ONE 'YES' <input type="checkbox"/> BOTH 'NO' <input type="checkbox"/></p>		→ 368																																
365	<p>पिछले तीन महीनों में (PERSONS MENTIONED IN 359 AND 361) के साथ (इस संपर्क/इन सभी संपर्कों) के दौरान कौन सी विभिन्न सेवाएं प्रदान की गईं तथा किस विषयों पर बातचीत की गई?</p> <p>कौन और?</p> <p>During (this contact/all these contacts) with (PERSONS MENTIONED IN 359 AND 361) in the last three months, what were the different services provided and matters talked about?</p> <p>Anything else?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>FAMILY PLANNING A</p> <p>IMMUNIZATION B</p> <p>ANTENATAL CARE C</p> <p>DELIVERY CARE D</p> <p>BIRTH PREPAREDNESS E</p> <p>COMPLICATION READINESS F</p> <p>POSTNATAL CARE G</p> <p>DISEASE PREVENTION H</p> <p>MEDICAL TREATMENT FOR SELF I</p> <p>TREATMENT FOR SICK CHILD J</p> <p>TREATMENT FOR OTHER PERSON K</p> <p>MALARIA CONTROL L</p> <p>SUPPLEMENTARY FOOD M</p> <p>GROWTH MONITORING OF CHILD N</p> <p>EARLY CHILDHOOD CARE O</p> <p>PRESCHOOL EDUCATION P</p> <p>NUTRITION/HEALTH EDUCATION Q</p> <p>FAMILY LIFE EDUCATION R</p> <p>MENSTRUAL HYGIENE S</p> <p>OTHER X</p> <p align="center">(SPECIFY)</p>																																	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
366	आपके (पिछले) संपर्क के दौरान आपकी मुलाकात किससे हुई? Who did you meet during your (most recent) contact?	ANM 1 LHV 2 ANGANWADI WORKER 3 ASHA 4 MPW 5 OTHER 6 (SPECIFY)	
367	CHECK 360(c) AND 363(c): 360(c) AND 363(c) = 00 <input type="checkbox"/> OR BLANK <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		→ 369
368	पिछले तीन माहों में, क्या आप अपने (या अपने बच्चे के) लिए किसी कारण से स्वास्थ्य सुविधा या शिविर में गईं थीं? In the last three months, have you visited a health facility or camp for any reason for yourself (or for your children)?	YES 1 NO 2	→ 401
369	आपने हाल ही में आप अपने (या अपने बच्चे के) लिए किस प्रकार की स्वास्थ्य सुविधा में गई थीं? What type of health facility did you visit most recently for yourself (or for your children)? IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S). _____ (NAME OF FACILITY/PLACE(S))	PUBLIC HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL 11 AYUSH AYURVEDA 12 YOGA AND NATUROPATHY 13 UNANI 14 SIDDHA 15 HOMEOPATHY 16 SOWA RIGPA (TTM) 17 OTHER 18 (SPECIFY) GOVT. DISPENSARY 19 UHC/UHPI/UFWC 20 CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC 21 PHC/ADDITIONAL PHC 22 SUB-CENTRE 23 GOVT. MOBILE CLINIC 24 CAMP 25 ANGANWADI/CDS CENTRE 26 OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY 27 NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC 31 PRIVATE HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL/CLINIC 41 PVT. MOBILE CLINIC 42 AYUSH AYURVEDA 43 YOGA AND NATUROPATHY 44 UNANI 45 SIDDHA 46 HOMEOPATHY 47 SOWA RIGPA (TTM) 48 OTHER 49 (SPECIFY) PHARMACY/DRUGSTORE 50 OTHER PRIVATE SECTOR HEALTH FACILITY 51 OTHER 96 (SPECIFY)	
370	आप किस सेवा के लिए गईं थीं? कोई अन्य सेवा? What service did you go for? Any other service? RECORD ALL MENTIONED.	FAMILY PLANNING A IMMUNIZATION B ANTENATAL CARE C DELIVERY CARE D POSTNATAL CARE E DISEASE PREVENTION F MEDICAL TREATMENT FOR SELF G TREATMENT FOR CHILD H TREATMENT FOR OTHER PERSON I GROWTH MONITORING OF CHILD J HEALTH CHECK-UP K MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY (MTP) L OTHER X (SPECIFY)	

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

401	CHECK 224: ONE OR MORE BIRTHS IN JANUARY 2015 OR LATER <input type="checkbox"/>	NO BIRTHS IN JANUARY 2015 OR LATER <input type="checkbox"/>	→ 553	
402	ENTER IN THE TABLE BELOW THE LINE NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN JANUARY 2015 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 जन्मे आपके सभी बच्चे 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.)			
403	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER ... <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER ... <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER ... <input type="text"/>
404	FROM 212 AND 216	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/>	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/>	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/>
405	आप (NAME) के समय जब गर्भवती हुईं, क्या आप इस समय जब गर्भवती होना चाहती थीं? When you got pregnant with (NAME), did you want to get pregnant at that time?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 408) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 444) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 444) ←
406	CHECK 208: ONLY ONE BIRTH <input type="checkbox"/> MORE THAN ONE BIRTH <input type="checkbox"/> a. क्या आप बाद में बच्चे को 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 बहुत बाद में बच्चे को चाहती थीं या कोई 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"/> YEARS ... 2 <input type="text"/> DON'T KNOW ... 999	MONTHS ... 1 <input type="text"/> YEARS ... 2 <input type="text"/> DON'T KNOW ... 999	MONTHS ... 1 <input type="text"/> YEARS ... 2 <input type="text"/> DON'T KNOW ... 999
408	आप अपनी गर्भवतीता का पता चलने, 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"/> DON'T REMEMBER ... 98		
409	क्या आपने गर्भवतीता की पुष्टि करने के लिए किसी गर्भवतीता जाँच किट का प्रयोग किया? Did you use a pregnancy testing kit to confirm this pregnancy?	YES 1 NO 2		
410	क्या इस गर्वतिता का रजिस्ट्रेशन हुआ था? Was this pregnancy registered?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 414) ←		
411	रजिस्ट्रेशन का के कितने महीने में आपने रजिस्ट्रेशन करवाया? How many months pregnant were you when you registered?	MONTHS ... <input type="text"/> DON'T REMEMBER ... 98		
412	आपने रजिस्ट्रेशन कितने के साथ किया? With whom did you register?	ANM 1 ASHA 2 AWW 3 OTHER 6		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
413	<p>क्या आपको पता है कि क्या आपको माता और बच्चे की सुरक्षा कार्ड मिली है?</p> <p>Did you receive a Mother and Child Protection Card after registration?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>		
414	<p>क्या आपको या किसी और ने इस गर्भकाल के दौरान आपको देखभाल कराई है?</p> <p>Did you see anyone for antenatal care for this pregnancy?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 423)</p>		
415	<p>किससे मिली है और कहाँ से?</p> <p>Whom did you see? Anyone else?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY EACH TYPE OF PERSON. RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR A</p> <p>ANM/NURSE/MID-WIFE/LHV B</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL</p> <p>DAI/TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT C</p> <p>COMMUNITY/VILLAGE HEALTH WORKER D</p> <p>ANGANWADI/CDS WORKER E</p> <p>ASHA F</p> <p>OTHER X</p> <p>(SPECIFY)</p>		
416	<p>कहाँ से आपको देखभाल मिली है?</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 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>HOME</p> <p>YOUR HOME A</p> <p>PARENTS' HOME B</p> <p>OTHER HOME C</p> <p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNIC. HOSPITAL D</p> <p>GOVT. DISP. E</p> <p>UHC/UHF/UPWC F</p> <p>CHC/RUR. HOSP./BLOCK PHC G</p> <p>PHC/ADD. PHC H</p> <p>SUB-CENTRE I</p> <p>ANGANWADI/CDS CENTRE J</p> <p>VILLAGE CLINIC BY ANM K</p> <p>OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY L</p> <p>NGO/TRUST HOSP./CLINIC M</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSP./MATERNITY HOME/CLINIC N</p> <p>OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY O</p> <p>OTHER X</p> <p>(SPECIFY)</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH		NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____	
417	<p>इस गर्भावस्था के लिए जब आपको पहली बार प्रसवपूर्व देखभाल मिली, वह आप कितने महीने से गर्भवती थीं?</p> <p>How many months pregnant were you when you first received antenatal care for this pregnancy?</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/></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>NUM. OF TIMES ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>			
419	<p>इस गर्भावस्था के दौरान आपको प्रसवपूर्व देखभाल के समय, क्या कहीं से कोई भी काम 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 रक्तचाप / रक्तचाप मापा 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 आप के लिए रक्त का नमूना लिया गया था? Was a sample of your blood taken for testing?</p> <p>e. क्या आपकी पेट के दिशा में छिछोरे की जांच की गयी? Was your abdomen examined?</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>			
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. शीशु से रक्त आना? Vaginal bleeding?</p> <p>b. तड़प? Convulsions?</p> <p>c. लम्बी अवधि की काम पीड़ा? Prolonged labour?</p> <p>d. तीव्र (उपरोक्त) पेट दर्द? Severe abdominal pain?</p> <p>e. उच्च रक्तचाप / 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>			

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
422	<p>क्या (NAME) के पिता अपनी (बिना भी) अंतर्गत देखभाल के दौरान मौजूद थे?</p> <p>Was (NAME's) father present during (any of) your antenatal visits?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>		
423	<p>इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको अपनी बांह में एक टीका [इंजेक्शन] लगाया जा चुका था कि अन्य के साथ देखभाल करके फिर से करने 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>DONT KNOW 8</p>		
424	<p>इस गर्भावस्था के दौरान आपको कितनी बार टेटनास 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>DONT KNOW 8</p>		
425	CHECK 424:	<p>2 OR MORE TIMES <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p> <p>(SKIP TO 429)</p>		
426	<p>इस गर्भावस्था के पहले किसी समय, क्या आपको कोई टेटनास का टीका [इंजेक्शन] लगाया गया था?</p> <p>At any time before this pregnancy, did you receive any tetanus injections?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 429) ←</p> <p>DONT KNOW 8</p>		
427	<p>इस गर्भावस्था के पूर्व, आपको टेटनास का टीका कितनी बार लगाया गया था?</p> <p>Before this pregnancy, how many times did you receive a tetanus injection?</p> <p>IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.</p>	<p>TIMES <input type="text"/></p> <p>DONT KNOW 8</p>		
428	<p>इस गर्भावस्था के कितने वर्ष पहले आपको अंतिम टेटनास का टीका [इंजेक्शन] लगाया गया था?</p> <p>How many years ago did you receive the last tetanus injection before this pregnancy?</p>	<p>YEARS AGO <input type="text"/></p>		
429	<p>इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको अपना खनिज सप्लीमेंट सप्लीमेंटों का सिरप दी गई थी या अपने खरीदी थी?</p> <p>During this pregnancy, were you given or did you buy any iron folic acid tablets or syrup?</p> <p>SHOW TABLETS/SYRUP.</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 431) ←</p> <p>DONT KNOW 8</p>		
430	<p>पूरी गर्भावस्था के दौरान, आपको कितने दिनों तक सप्लीमेंटों का सिरप लेना पड़ा?</p> <p>During the whole pregnancy, for how many days did you take the tablets or syrup?</p> <p>IF ANSWER IS NOT NUMERIC, PROBE FOR APPROXIMATE NUMBER OF DAYS.</p>	<p>NUM. OF DAYS <input type="text"/></p> <p>DONT KNOW ... 998</p>		
431	<p>इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको आंतों के कीड़ों के लिए कोई दवा ली थी?</p> <p>During this pregnancy, did you take any drug for intestinal worms?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
432	इस गर्भकाल का के दौरान क्या आपने किस छतवाली का नियमित रूप सेकधी-कधी काकधी नहीं इसकेसाथ कित्तत की? During this pregnancy, did you use a mosquito net regularly, sometimes or never?	REGULARLY 1 SOMETIMES 2 NEVER 3		
433	इस गर्भकाल का के दौरान क्या आपकी दृश के दुखाने के काले के कोठे परीभासी हुई? During this pregnancy, did you have difficulty with your vision during daylight?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 3		
434	इस गर्भकाल के दौरान, क्या आपकी ठोस हुई भी की सुखर से संकलित नहीं की? During this pregnancy, did you have convulsions not from fever?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 3		
435	इस गर्भकाल के दौरान, क्या आपके पैर, करीर का केंठे का सुका नहीं की? During this pregnancy, did you have swelling of the legs, body or face?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 3		
436	इस गर्भकाल के दौरान क्या आपकी अंगणवाडी केन्द्र से कोठे अंगुणक अंगुण कित्तत की? Did you receive any supplementary nutrition from the anganwadi centre during this pregnancy?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 436) ←		
437	इस गर्भकाल के दौरान, क्या आपकी अंगणवाडी केन्द्र से अंगुणक अंगुण कित्तत कित्तत की? During this pregnancy, were you always able to get the supplementary nutrition from the anganwadi centre?	YES, ALWAYS 1 NO 2		
438	इस गर्भकाल के अंतिमी तीन महीनों के काले आपकी कित्तत की एक एक, एक एक की, अंगण, अंगणवाडी कर्मकाली या कित्तत अन्य समुदायिक स्वास्थ्य कर्मकाली से सुखरका हुई? During the last three months of this pregnancy, did you meet with an ANM, Lady Health Visitor, ASHA, anganwadi worker, or other community health worker?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 441) ←		
439	इस (कोठे) के, का कहीं का कित्तत? Where did you meet this/these person(s)?	HOME ONLY 1 ELSEWHERE ONLY 2 BOTH HOME AND ELSEWHERE 3		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
440	<p>किस गर्भावस्था के अंतिम तीन महीनों के दौरान किसी भी मुलाकात के समय आपको क्या इस 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>a. संस्थागत प्रसव की महत्वपूर्णता The importance of institutional delivery?</p> <p>b. ताल की देखभाल? Cord care?</p> <p>c. स्तनपान? Breastfeeding?</p> <p>d. शिशु को गर्म रखना? Keeping the baby warm?</p> <p>e. परिवार नियंत्रण का एक और गर्भधारण को टालना या रोकना? Family planning or delaying or avoiding another pregnancy?</p>	<p>YES NO</p> <p>INSTITUTIONAL DELIVERY . 1 2</p> <p>CORD CARE . 1 2</p> <p>BREASTFEED . 1 2</p> <p>BABY WARM . 1 2</p> <p>FAMILY PLANNING . 1 2</p>		
441	<p>प्रसव के दौरान, क्या आपको बच्चे का पैर भी लटकने से बचने का अनुभव मिला?</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 आपको लम्बी प्रसव पीड़ा का अनुभव मिला?</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>		
444	<p>बच्चा (NAME) का जन्म हुआ तो वह बड़ा/बड़ी/औसत/छोटा/छोटी, सामान्य, सामान्य से बड़ा/बड़ी, सामान्य से बड़ा/बड़ी या बहुत बड़ा/बड़ी/छोटा/छोटी?</p> <p>When (NAME) was born, was (he/she) very large, larger than average, average, smaller than average, or very small?</p>	<p>VERY LARGE 1</p> <p>LARGER THAN AVERAGE 2</p> <p>AVERAGE 3</p> <p>SMALLER THAN AVERAGE 4</p> <p>VERY SMALL 5</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>VERY LARGE 1</p> <p>LARGER THAN AVERAGE 2</p> <p>AVERAGE 3</p> <p>SMALLER THAN AVERAGE 4</p> <p>VERY SMALL 5</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>VERY LARGE 1</p> <p>LARGER THAN AVERAGE 2</p> <p>AVERAGE 3</p> <p>SMALLER THAN AVERAGE 4</p> <p>VERY SMALL 5</p> <p>DON'T KNOW 8</p>
445	<p>बच्चा (NAME) के जन्म के समय उसका वजन लिया गया था?</p> <p>Was (NAME) weighed at birth?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>[SKIP TO 447] ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>[SKIP TO 447] ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>[SKIP TO 447] ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
446	(NAME) कत वजन थियो कत? How much did (NAME) weigh? RECORD WEIGHT IN KILOGRAMS FROM HEALTH CARD, IF AVAILABLE.	KG FROM CARD 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG FROM RECALL 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW . 99998	KG FROM CARD 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG FROM RECALL 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW . 99998	KG FROM CARD 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG FROM RECALL 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW . 99998
447	(NAME) को जन्म के समय किनको सहयोग थियो थियो? 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.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV B OTHER HEALTH PERSONNEL C OTHER PERSON DAI (TBA) D FRIEND/RELATIVE E OTHER _____ X (SPECIFY) NO ONE Y	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV B OTHER HEALTH PERSONNEL C OTHER PERSON DAI (TBA) D FRIEND/RELATIVE E OTHER _____ X (SPECIFY) NO ONE Y	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV B OTHER HEALTH PERSONNEL C OTHER PERSON DAI (TBA) D FRIEND/RELATIVE E OTHER _____ X (SPECIFY) NO ONE Y
448	(NAME) कत जन्म भएको ठाउँ कत? 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)	HOME YOUR HOME 11 (SKIP TO 464) ← PARENTS' HOME 12 OTHER HOME 13 (SKIP TO 464) ← PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21 GOVT. DISP. 22 UHC/AHP/UPWC .. 23 CHC/RUR. HOSP/ .. 24 BLOCK PHC 25 PHC/ADD. PHC ... 26 SUB-CENTRE 27 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 28 NGO/TRUST HOSP / CLINIC 31 PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC 41 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42 OTHER 96 (SPECIFY) → (SKIP TO 464) ←	HOME YOUR HOME 11 (SKIP TO 464) ← PARENTS' HOME 12 OTHER HOME 13 (SKIP TO 464) ← PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21 GOVT. DISP. 22 UHC/AHP/UPWC .. 23 CHC/RUR. HOSP/ .. 24 BLOCK PHC 25 PHC/ADD. PHC ... 26 SUB-CENTRE 27 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 28 NGO/TRUST HOSP / CLINIC 31 PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC 41 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42 OTHER 96 (SPECIFY) → (SKIP TO 464) ←	HOME YOUR HOME 11 (SKIP TO 464) ← PARENTS' HOME 12 OTHER HOME 13 (SKIP TO 464) ← PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21 GOVT. DISP. 22 UHC/AHP/UPWC .. 23 CHC/RUR. HOSP/ .. 24 BLOCK PHC 25 PHC/ADD. PHC ... 26 SUB-CENTRE 27 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 28 NGO/TRUST HOSP / CLINIC 31 PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC 41 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42 OTHER 96 (SPECIFY) → (SKIP TO 464) ←
449	जन्म हुनु स्वास्थ्य केन्द्र वा ठाउँ के लिए जसको स्वास्थ्य केन्द्र वा ठाउँ तर्फ जानु प्रयोग गरियो थियो? What was the main mode of transportation used by you to reach the health facility for delivery?	GOVERNMENT AMBULANCE 01 OTHER AMBULANCE 02 JEEP/CAR 03 MOTORCYCLE/ SCOOTER 04 BUS/TRAIN 05 TEMPO/AUTO/ TRACTOR 06 CART 07 ON FOOT 08 (SKIP TO 452) ← OTHER 96 SPECIFY		
450	जन्म हुनु स्वास्थ्य केन्द्र वा ठाउँ के लिए जसको स्वास्थ्य केन्द्र वा ठाउँ तर्फ जानु प्रयोग गरियो थियो? Who arranged the transportation to take you to the health facility for delivery? RECORD ALL MENTIONED.	DOCTOR A ANM B HEALTH WORKER C ANGANWADI WORKER D ASHA E PRI. MEMBER F NGO G CBO H HUSBAND I MOTHER-IN-LAW J MOTHER K RELATIVES/FRIENDS L SELF M OTHER X SPECIFY		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
459	<p>आपके बच्चे को देने के बाद, JAY के तहत आपकी सहायता कितनी दिनों तक मिली?</p> <p>How many days after delivery did you receive the financial assistance under JAY?</p> <p>IF THE SAME DAY, RECORD '00'. IF 95 DAYS OR MORE, RECORD '99'.</p>	<p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 95</p>		
460	<p>आपको कुल कितनी सहायता प्राप्त हुई?</p> <p>What was the total amount that you received?</p>	<p>Rs. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ... 999999</p>		
461	<p>(NAME) के जन्म के बाद कितने दिनों तक आप स्वास्थ्य सुविधा में रहीं?</p> <p>How long after (NAME) was delivered did you stay in the health facility?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. 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 995</p>		
462	<p>आप (NAME) को जब सीसेरियन सेक्शन के द्वारा बच्चे को निकालने के लिए पेट को काट दिया तो क्या आप बच्चे को निकालने के लिए पेट को काटने के लिए तैयार थे?</p> <p>Was (NAME) delivered by caesarean section, that is, did they cut your belly open to take the baby out?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 464) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 464) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 464) ←</p>
463	<p>आपके सीसेरियन सेक्शन का फैसला कब हुआ? क्या आपने फैसला शुरू होने से पहले या प्रसव शुरू होने के बाद किया था?</p> <p>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?</p>	<p>BEFORE ONSET OF LABOUR 1</p> <p>AFTER ONSET OF LABOUR 2</p> <p>DON'T KNOW 5</p>	<p>BEFORE ONSET OF LABOUR 1</p> <p>AFTER ONSET OF LABOUR 2</p> <p>DON'T KNOW 5</p>	<p>BEFORE ONSET OF LABOUR 1</p> <p>AFTER ONSET OF LABOUR 2</p> <p>DON'T KNOW 5</p>
464	<p>आपके बच्चे के जन्म के तुरंत बाद, क्या आपने (NAME) को सीसेरियन सेक्शन के बाद तुरंत ही अपने छात में रखा था?</p> <p>Immediately after the birth, was (NAME) put on your chest?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 466) ←</p> <p>DON'T KNOW 5</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 464) ←</p> <p>DON'T KNOW 5</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 464) ←</p> <p>DON'T KNOW 5</p>
465	<p>आप (NAME) की त्वचा को छूने से क्या आपको खुशी हुई?</p> <p>Was (NAME)'s bare skin touching your bare skin?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 5</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 5</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 5</p>
466	<p>CHECK 448: PLACE OF DELIVERY</p>	<p>11, 12, 13, OR 06</p> <p>OTHER</p> <p>(SKIP TO 482)</p>		
467	<p>मैं आपके प्रसव के बाद आपकी स्वास्थ्य की जांच के बारे में पूछना चाहूंगा, जैसे कि: किसी ने आपके स्वास्थ्य के बारे में सवाल पूछे या आपकी जांच की। क्या आप प्रसव के बाद किसी/किसमें से भी जांच करवा कर किसी ने आपके स्वास्थ्य की जांच की थी?</p> <p>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?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 470) ←</p>		
468	<p>प्रसव के कितने दिनों 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 <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 ... 596</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____												
469	<p>कौन सा व्यक्ति आपके स्वास्थ्य की जांच किसी भी चीज के लिए की?</p> <p>Who checked on your health at that time?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON</p> <p>ASHA 21</p> <p>DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER 99 (SPECIFY)</p>														
470	<p>आप हैं प्रसव के बाद (NAME) के स्वास्थ्य पर जांच के बारे में आपसे बात करना चाहती हूँ, प्रसवदण्ड के लिए, सोने (NAME) का/की जांच कर रहा है, माँ/माँ की जांच, या किसी के लिए कि (NAME) ठीक है या नहीं।</p> <p>अब आप स्वास्थ्य सुविधा में भी तो किसी ने भी (NAME) की स्वास्थ्य सुविधा पर जांच की?</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 473) ←</p> <p>DON'T KNOW 9</p>														
471	<p>आप के बाद (NAME) के स्वास्थ्य की जांच कब की जा चुकी है?</p> <p>How long after delivery was (NAME's) health first checked?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS.</p> <p>IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS ... 1 <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>DAYS ... 2 <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>WEEKS ... 3 <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>DON'T KNOW ... 999</p>														
472	<p>कौन सा व्यक्ति (NAME) के स्वास्थ्य की जांच किसी भी चीज के लिए की?</p> <p>Who checked on (NAME's) health at that time?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON</p> <p>ASHA 21</p> <p>DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER 99 (SPECIFY)</p>														
473	<p>अब आपसे स्वास्थ्य सुविधा छोड़ने, उसके बाद क्या किसी ने आपकी स्वास्थ्य की जांच 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 (SKIP TO 477) ←</p>														
474	<p>आप के किसी समय बाद, जांच कब 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 <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>DAYS ... 2 <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>WEEKS ... 3 <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>DON'T KNOW ... 999</p>														

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____						
475	<p>किस व्यक्ति को आपकी सहायता की जाँच मिली थी?</p> <p>Who checked on your health at that time?</p>	<p>HEALTH PERSONNEL DOCTOR 11 ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV 12 OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON ASHA 21 DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER 96 (SPECIFY)</p>								
476	<p>जाँच कहाँ मिली 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>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>HOME YOUR HOME 11 PARENTS' HOME .. 12 OTHER HOME 13</p> <p>PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21 GOVT. DISP. 22 UHCA/UHP/UPWC .. 23 CHC/RUR. HOSP/ .. 24 BLOCK PHC 24 PHC/ADD. PHC 25 SUB-CENTRE 26 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 27</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC .. 41 OTHER PVT SECT. HEALTH FACILITY 42</p> <p>OTHER 96 (SPECIFY)</p>								
477	<p>क्या मैं तुम्हें जाँच के बारे में बात कर सकता हूँ? (NAME) के जाने के बाद जाँच के बारे में बात कर सकते हैं।</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 NO 2 (SKIP TO 481) ↙</p>								
478	<p>(NAME) के जाने के बाद जाँच के लिए, दिन या सप्ताह या हफ्ते कितने हुए?</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 <table border="1" data-bbox="738 1373 858 1417"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>DAYS ... 2 <table border="1" data-bbox="738 1417 858 1462"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>WEEKS ... 3 <table border="1" data-bbox="738 1462 858 1507"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>DON'T KNOW ... 999</p>								
479	<p>किस व्यक्ति (NAME) के स्वास्थ्य की जाँच देखी थी?</p> <p>Who checked on (NAME)'s health at that time?</p>	<p>HEALTH PERSONNEL DOCTOR 11 ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV 12 OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON ASHA 21 DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER 96 (SPECIFY)</p>								

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
485	<p>जन्म के तुरंत बाद, किसी या उससे के बाद कितनी घण्टी या दिन गुड़े थीं?</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. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS . . . 1 <input type="text"/></p> <p>DAYS . . . 2 <input type="text"/></p> <p>WEEKS . . . 3 <input type="text"/></p> <p>DONT KNOW . . . 999</p>		
486	<p>जन्म के बाद किसी के बीच कितनी बार जांच की गयी?</p> <p>How many checkups were done in the first 10 days after delivery?</p> <p>IF MORE THAN SEVEN, RECORD '7'. IF NONE, RECORD '0'.</p>	<p>NUMBER OF CHECK UPS . . . <input type="text"/></p> <p>DONT KNOW 8</p>		
487	<p>(किसी व्यक्ति/जन) को जांच कराने 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>HEALTH PERSONNEL DOCTOR 11 ANN/NURSE/ MIDWIFE/LHV . . . 12 OTHER HEALTH PERSONNEL . . . 13</p> <p>OTHER PERSON ASHA 21 DAI (TRA) 22 OTHER 96 (SPECIFY)</p>		
488	<p>जहाँ जांच की जा रही 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>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>HOME YOUR HOME 11 PARENTS' HOME . . 12 OTHER HOME 13</p> <p>PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21 GOVT. DISP. 22 UHC/AHP/AFWC . . . 23 CHC/RUR. HOSP./ BLOCK PHC 24 PHC/ADDITIONAL PHC 25 SUB-CENTRE 26 ANGANWADI/ICDS CENTRE 27 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 28</p> <p>NGO/TRUST HOSP / CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC . . . 41 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42 OTHER 96 (SPECIFY)</p>		
489	<p>जहाँ मैं जन्म के बाद (NAME) के स्वास्थ्य पर जांच के बारे में जानने जा रहा हूँ, उसका नाम क्या है? (NAME) को जांच कराने का जहाँ है, उसका नाम क्या है, या किसी के लिए कि (NAME) जांच है या नहीं।</p> <p>(NAME) के जन्म के दो महीनों के अंदर, क्या किसी स्वास्थ्यकर्मी, आशा, या जहाँ से उपरोक्त/उपरोक्त 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 NO 2 (SKIP TO 493) ← DONT KNOW 8</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
490	<p>(NAME) के जन्म के दिनांक से, दोबारा जाँच किये जाने के लिए कितने घण्टों, दिनों या सप्ताहों के बाद पहली जाँच 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</p> <p>DAYS AFTER BIRTH ... 2</p> <p>WKS AFTER BIRTH ... 3</p> <p>DON'T KNOW 999</p>		
491	<p>कौन कौन (NAME) के स्वास्थ्य की जाँच करने की थी?</p> <p>Who checked on (NAME)'s health at that time?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV ... 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON</p> <p>ASHA 21</p> <p>DAJ (TBA) 22</p> <p>OTHER 99</p> <p>(SPECIFY)</p>		
492	<p>(NAME) की पहली जाँच कौन कौन जगह पर 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>HOME</p> <p>YOUR HOME 11</p> <p>PARENTS' HOME ... 12</p> <p>OTHER HOME 13</p> <p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21</p> <p>GOVT. DISP. 22</p> <p>UHCA/JHP/LFWC ... 23</p> <p>CHC/RUR. HOSP./ BLOCK PHC 24</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC 25</p> <p>SUB-CENTRE 26</p> <p>ANGANWADI/CCS CENTRE 27</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 28</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC ... 41</p> <p>OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42</p> <p>OTHER 99</p> <p>(SPECIFY)</p>		
493	<p>जन्म के बाद के दो महीनों में, क्या आपको:</p> <p>In the first two months after delivery, did you have:</p> <p>a. खूनी से बहने वाला रक्त आया था? Massive vaginal bleeding?</p> <p>b. बहुत ही उच्च बुखार आया था? Very high fever?</p>	<p>YES NO</p> <p>a) 1 2</p> <p>b) 1 2</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH		NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____	NAME _____
494	<p>(NAME) के जन्म के बाद पहले दो दिनों के दौरान, क्या किसी स्वास्थ्य सेवादाता द्वारा निम्नलिखित किया जा :</p> <p>During the first two days after (NAME)'s birth, did any healthcare provider do the following.</p> <p>YES NO</p> <p>a. बन्धे का परीक्षण? Examine the cord? a) 1 2</p> <p>b. (NAME) का तापमान मापा जा? Measure (NAME)'s temperature? b) 1 2</p> <p>c. जन्म के बाद खतरा संकेतों के लिए आपको परामर्श दिया गया था? Counsel you on danger signs for newborns? c) 1 2</p> <p>d. आपको स्तनपान करने के बारे में परामर्श दिया था? Counsel you on breastfeeding? d) 1 2</p> <p>e. (NAME) को स्तनपान करने का अवसर देखा गया? Observe (NAME) breastfeeding? e) 1 2</p>				
495	<p>(NAME) के जन्म के बाद, क्या आपका मासिक चक्र (महिनगी) फिर से शुरू हुआ है?</p> <p>Has your menstrual period returned since the birth of (NAME)?</p> <p>YES 1 (SKIP TO 497) ←</p> <p>NO 2 (SKIP TO 498) ←</p>				
496	<p>(NAME) के जन्म से अगले मासिक चक्र के बीच क्या अंतर मासिक चक्र (महिनगी) फिर से शुरू हुआ था?</p> <p>Did your period return between the birth of (NAME) and your next pregnancy?</p>			<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 499A) ←</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 499A) ←</p>
497	<p>(NAME) के जन्म के बाद, कितने मासिक चक्र (महिनगी) के अंतर मासिक चक्र (महिनगी) शुरू नहीं हुआ?</p> <p>For how many months after the birth of (NAME) did you not have a period?</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 99</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 99</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 99</p>	
498	<p>CHECK 226: IS RESPONDENT PREGNANT?</p>	<p>NOT <input type="checkbox"/> PREG- NANT ↓</p> <p>PREGNANT OR <input type="checkbox"/> UNSURE ↓ (SKIP TO 499A)</p>			
499	<p>(NAME) के जन्म के बाद, क्या आपने यौन संबंध बनाए रखे हैं?</p> <p>Have you had sexual relations since the birth of (NAME)?</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 499) ←</p>			

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
499A	(NAME) के बाद के बाद, अपने किसी भी बच्चे के साथ सेक्स संबंधित संबंध नहीं रहे? 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
499B	क्या (NAME) को अपने स्तन से पालना कराया गया? Did you ever breastfeed (NAME)?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 499I) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 499I) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 499I) ←
499C	क्या के बच्चे के बाद शुरू करने के लिए (NAME) को शुरू करने का समय क्या 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"/>		
499D	क्या के बाद के पहले तीन दिनों में, क्या (NAME) को माँ के दूध के अलावा, कुछ और पीने को दिया गया था? In the first three days after delivery, was (NAME) given anything to drink other than breast milk?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 499F) ←		
499E	(NAME) को पीने के लिए क्या दिया गया था? What was (NAME) given to drink? Anything else? RECORD ALL LIQUIDS MENTIONED.	MILK (OTHER THAN BREAST MILK) ... A PLAIN WATER B SUGAR OR GLUCOSE WATER C GRUPE WATER D SUGAR-SALT-WATER SOLUTION E FRUIT JUICE F INFANT FORMULA G TEA H HONEY I JANAM GHUTTI J OTHER (SPECIFY) X		
499F	CHECK 404: IS CHILD LIVING?	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (SKIP TO 499H)		
499G	क्या आप (NAME) को अभी भी स्तनपान करा रही हैं? Are you still breastfeeding (NAME)?	YES 1 (SKIP TO 499J) ← NO 2		
499H	आपने (NAME) को अपने बच्चे के साथ स्तनपान कराया? For how many months did you breastfeed (NAME)?	MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ... 98		
499I	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 499L)	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN, OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L)	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 499L)
499J	क्या (NAME) ने कल या गिद्धी रात को किसी बोतल से दूध पीने से कुछ देर पहले या बाद में? 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
499K		GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L.	GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L.	GO BACK TO 405 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
499L	<p>CHECK 215 AND 218:</p> <p>HAS AT LEAST ONE CHILD BORN IN 2018 OR LATER AND LIVING WITH HER <input type="checkbox"/></p> <p>RECORD NAME OF YOUNGEST CHILD LIVING WITH HER (AND CONTINUE WITH 499M)</p> <p>_____</p> <p>(NAME)</p>	<p>DOES NOT HAVE ANY CHILDREN BORN IN 2018 OR LATER AND LIVING WITH HER <input type="checkbox"/></p>	501
499M	<p>अब मैं उनका पता नहीं और सादा पदार्थों के बारे में पूछना चाहूँगी जो (NAME FROM 499L) ने कल दिन में या रात में किया था। अगर वे पदार्थ आपके बच्चे ने किसी अन्य आहार में मिलाकर भी लिया हो तो भी मैं जानना चाहूँगी।</p> <p>क या (NAME FROM 499L) ने _____ (सादा / पीया)।</p> <p>Now I would like to ask you about liquids or foods that (NAME FROM 499L) 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 499L) (drink/eat):</p>		
		<p>YES NO DK</p>	
	a. सादा पानी? Plain water?	a. 1 2 8	
	b. जूस या जूस पेय? Juice or juice drinks?	b. 1 2 8	
	c. सादा दूध? Clear broth?	c. 1 2 8	
	d. दूध जैसे डिब्बाबंदी, पावडर का जानवर का सादा 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	NUMBER OF TIMES DRANK MILK <input type="checkbox"/>
	e. बाल्यकालिक रूप से उत्पादित शिशु सूत? 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	NUMBER OF TIMES DRANK FORMULA <input type="checkbox"/>
	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	NUMBER OF TIMES ATE YOGURT <input type="checkbox"/>
	h. बाल्यकालिक रूप से उपचारित बेबी फूड जैसे सेरेलैक या फारेक्स? Any commercially fortified baby food, e.g. Cerelac or Farex?	h. 1 2 8	
	i. कोई ब्रॉड, रोटी, चपाती, चावल, नूडल, 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, मकरंद या पीले आरु 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. आरु, मुरम, अरबी, मसूर या अन्य कोई कंदमूल खाद्यपदार्थ जो जड़ से बने हैं? Any white potatoes, white yams, manioc, cassava, or any other foods made from roots?	k. 1 2 8	
	l. कोई गहरी हरी पत्तेदार सब्जी? Any dark green, leafy vegetables?	l. 1 2 8	
	m. पका हुआ आम, पपीता, खरबूजा या ककदू? 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, गुठला, दिल या कोई दुसरे भाग का मांस? Any liver, kidney, heart or other organ meat?	o. 1 2 8	
	p. कोई मुर्गी, बत्खन या अन्य पक्षी? Any chickens, duck, or other birds?	p. 1 2 8	
	q. किसी अन्य प्रकार का मांस? Any other meat?	q. 1 2 8	
	r. कोई अंडे? Any eggs?	r. 1 2 8	
	s. ताजी या सूखी मछली या बड़े बोलवानी मछलियों या अन्य समुद्री जीव जैसे केकड़े Any fresh or dried fish or shellfish?	s. 1 2 8	
	t. फलियाँ, सोयाबिन, चना, मटर, राजमा या बादामों 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	
499N	CHECK 499M CATEGORIES 'g' THROUGH 'v' NOT A <input type="checkbox"/> SINGLE 'YES' ↓	AT LEAST ONE 'YES' <input type="checkbox"/>	→ 499P
499O	कल दिन में या रात में क्या (NAME) ने कोई ठोस, अर्ध-ठोस या नरम अन्न खाया था? IF 'YES' PROBE: किस तरह के ठोस, अर्ध-ठोस या नरम अन्न (NAME) ने खाया था? 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 499M TO RECORD FOOD EATEN YESTERDAY) NO 2	→ 501
499P	कल दिन में या रात में (NAME) ने कितनी बार कोई ठोस, अर्ध-ठोस या नरम अन्न 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="checkbox"/> DONT KNOW 8	

SECTION 5. CHILD IMMUNIZATIONS AND HEALTH

501	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)).			
502	BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212.	LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/>
503	FROM 212 AND 216	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 503 IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 503 IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 503 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE, OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)
504	<p>फिरसे छः महीनों में क्या (NAME) को (दवाके जैसी या दवाके से कोई) विटामिन ए की सुझा दी गई 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>फिरसे सात दिनों में क्या (NAME) को (दवाके जैसी या दवाके से कोई) अक्षरक की गोली या सीरप दी गई 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>फिरसे छः महीनों में क्या (NAME) को जंतुओं के बीजों 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 आपने पास कोई ऐसा कार्ड या अन्य दस्तावेज देखा है जहाँ (NAME) की जन्म या टीकों के बारे में लिखा है?</p> <p>IF YES: क्या मैं जन्म या टीके देखा जा सका है?</p> <p>Do you have a card or other document where (NAME)'s vaccinations are written down?</p> <p>IF YES: May I see the card or other document where vaccinations are written down?</p>	<p>YES, SEEN 1 (SKIP TO 509) ←</p> <p>YES, NOT SEEN 2 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO CARD 3</p>	<p>YES, SEEN 1 (SKIP TO 509) ←</p> <p>YES, NOT SEEN 2 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO CARD 3</p>	<p>YES, SEEN 1 (SKIP TO 509) ←</p> <p>YES, NOT SEEN 2 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO CARD 3</p>
508	<p>क्या आपने पास कभी (NAME) की जन्म या टीकों का कार्ड देखा है?</p> <p>Did you ever have a vaccination card for (NAME)?</p>	<p>YES 1 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO 2</p>

- (1) COPY VACCINATION DATE FOR EACH VACCINE FROM THE CARD.
- (2) WRITE 'A' 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 '998' 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									
POLIO 0 (POLIO GIVEN AT BIRTH)									
POLIO 1									
POLIO 2									
POLIO 3									
DPT 1									
DPT 2									
DPT 3									
IPV 1									
IPV 2									
HEPATITIS B 0 (GIVEN AT BIRTH)									
HEPATITIS B 1									
HEPATITIS B 2									
HEPATITIS B 3									
PENTAVALENT 1									
PENTAVALENT 2									
PENTAVALENT 3									
ROTAVIRUS 1									
ROTAVIRUS 2									
ROTAVIRUS 3									
JE 1									
JE 2									
MCV 1									
MCV 2									
DPT 1 BOOSTER									
VITAMIN A (LAST DOSE)									
VITAMIN A (NEXT-TO-LAST DOSE)									

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
511	<p>क्या पीलिया अभियान में दिखाई गई सुत्रक सहित, क्या (NAME) को कोई ऐसे और टीके बताये गये हैं, जिनकी जानकारी इस कार्ड पर अन्य दस्तावेजों में नहीं बड़ी 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 514) ←</p> <p>NO 2 (SKIP TO 514) ←</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 514) ←</p> <p>NO 2 (SKIP TO 514) ←</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 514) ←</p> <p>NO 2 (SKIP TO 514) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>
512	<p>क्या पीलिया अभियान में दिखाई गई सुत्रक सहित, क्या (NAME) को बीमारियों से बचाने के लिए कभी कोई टीका बताये गये है?</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 NO 2 (SKIP TO 517) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 517) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 517) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>
513	<p>कृपया मुझे बताएं कि क्या (NAME) को इनमें से कोई टीका मिला है: Please tell me if (NAME) received any of the following vaccinations:</p>			
513A	<p>अपेकिज (टी बी) से बचाने के लिए बी.सी.जी. का टीका जिसे इन्जेक्शन के रूप में बड़ों या बच्चों में लगाया जाता है जिससे मासालास-पट्टी 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 NO 2 DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>
513B	<p>पीलियो की सुत्रक, जिसकी कुछ सुत्र में दिखाई जाती है, क्या पीलियो अभियान में दिखाई गई सुत्रक सहित?</p> <p>Polio vaccine, that is, drops in the mouth, including vaccine received in a Pulse Polio campaign?</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 513E) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 513E) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 513E) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>
513C	<p>क्या पीलियो की पहली सुत्रक जन्म के पहले दो सप्ताहों में अथवा बी गढ़े बी 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 LATER 2</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1 LATER 2</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1 LATER 2</p>
513D	<p>पीलियो की सुत्रक कितनी बार दी गई थी?</p> <p>How many times was the oral polio vaccine given? 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	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
513E	<p>डी पी टी का टीका भी इन्जेक्शन द्वारा जन्म का दिनांक में लगाया जाता है और कभी-कभी पोलियो की घुंटाक के साथ भी दिया जाता है?</p> <p>A DPT vaccination, that is, an injection given in the thigh or buttocks, sometimes at the same time as polio drops?</p>	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513G) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513G) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513G) ← DON'T KNOW 8
513F	<p>डी पी टी का टीका कितनी बार दिया गया था?</p> <p>How many times was a DPT vaccination given?</p> <p>IF MORE THAN 7, RECORD 7.</p>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>
513G	<p>पोलियो के खिलाफ घुंटाक के लिए उपरी घुंटा में दिया गया BPV इन्जेक्शन, अक्सर मौखिक पोलियो वुॉरों के दौरान एक ही समय में दिया जाता है?</p> <p>An BPV injection that is given in the upper arm to protect against polio, often at the same time as oral polio drops?</p>	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513I) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513I) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513I) ← DON'T KNOW 8
513H	<p>BPV इन्जेक्शन कितनी बार दिया गया था?</p> <p>How many times was an BPV vaccination given?</p> <p>IF MORE THAN 7, RECORD 7.</p>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>
513I	<p>पेन्टावैलेंट टीकाइन्जेक्शन जो जन्म का दिनांक में लगाया जाता है, कभी-कभी यह पोलियो की घुंटाक 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>	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513K) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513K) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513K) ← DON'T KNOW 8
513J	<p>पेन्टावैलेंट 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>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>
513K	<p>बच्चा (NAME) को हेपेटाइटिस बी का टीका किस वक़्त में दिया गया था?</p> <p>Was (NAME) given an injection at birth to prevent Hepatitis B?</p>	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513N) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513N) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513N) ← DON'T KNOW 8
513L	<p>बच्चा हेपेटाइटिस बी का पहला टीका जन्म के पहले की 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>	FIRST 2 WEEKS 1 LATER 2	FIRST 2 WEEKS 1 LATER 2	FIRST 2 WEEKS 1 LATER 2

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
513M	<p>इन्फ्लूएंजा बी टीका किसकी क्या दिया गया था?</p> <p>How many times was a Hepatitis B vaccination given?</p> <p>IF MORE THAN 7, RECORD '7'.</p>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>
513N	<p>क्या (NAME) को रोटावायरस टीका दिया गया है, जो दारूनिवार (दस्त) को रोकने के लिए मुँह में डाला गया है या उसे दिया गया है?</p> <p>Has (NAME) received a rotavirus vaccine, that is, liquid in the mouth to prevent diarrhoea?</p>	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513P) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513P) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513P) ← DON'T KNOW 8
513O	<p>IF YES, किसकी क्या रोटावायरस टीका दिया गया था?</p> <p>IF YES: How many times was the rotavirus vaccine given?</p>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>
513P	<p>क्या (NAME) को कभी जापानी एन्सेफलाइटिस के लिए टीका दिया गया था?</p> <p>Did (NAME) ever receive a JE vaccination against Japanese encephalitis?</p>	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513R) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513R) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513R) ← DON'T KNOW 8
513Q	<p>कैसे टीका किसकी क्या दिया गया था?</p> <p>How many times was a JE vaccination given?</p> <p>IF MORE THAN 3, RECORD '3'.</p>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>
513R	<p>क्या (NAME) को कभी खसरी का एक एक भाग का इंजेक्शन दिया गया था - यह टीका खसरी से बचने के लिए, जो 9 महीने की उम्र में या उससे बड़ी उम्र में, खसरी से बचाना होता 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>	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513T) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513T) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513T) ← DON'T KNOW 8
513S	<p>खसरी का एक/दो/तीन/चार/पाँच/छह/सात/आठ/नौ/दस/ग्यारह/बार दिया गया था?</p> <p>How many times was a measles or MMR vaccination given?</p>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>
513T	<p>क्या (NAME) को कभी डीपटी 1 बूस्टर की खुराक दी गई थी?</p> <p>Was (NAME) ever given a DPT1 booster dose?</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
514	CHECK 509 AND 512: ANY VACCINATIONS RECEIVED?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 517)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 517)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 517)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
515	<p>(NAME) को ज्यादातर टीके कौन-सी जगह से लगाए गए थे? Where did (NAME) receive most of (his/her) vaccinations?</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>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11 AYUSH AYURVEDA ... 12 YOGA AND NATUROPATHY ... 13 UNANI ... 14 SIDHA ... 15 HOMEOPATHY ... 16 SOWA RIGPA (TTM) ... 17 OTHER ... 18 (SPECIFY) ... 19 GOVT. DISP. ... 20 UHC/UHF/UPWC ... 21 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... 22 PHC/ADDITIONAL PHC ... 23 SUB-CENTRE ... 24 GOVT. MOBILE CLINIC ... 25 CAMP ... 26 ANGANWADI/CDS CENTRE ... 27 PULSE POLIO ... 28 OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY ... 29 NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ... 31 PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL ... 41 PVT. DOCTOR/ CLINIC ... 42 PVT. PARAMEDIC ... 43 AYUSH AYURVEDA ... 44 YOGA AND NATUROPATHY ... 45 UNANI ... 46 SIDHA ... 47 HOMEOPATHY ... 48 SOWA RIGPA (TTM) ... 49 OTHER ... 50 (SPECIFY) ... 51 PHARMACY/ DRUGSTORE ... 52 OTHER PVT. HEALTH FAC. ... 53 OTHER ... 95 (SPECIFY)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11 AYUSH AYURVEDA ... 12 YOGA AND NATUROPATHY ... 13 UNANI ... 14 SIDHA ... 15 HOMEOPATHY ... 16 SOWA RIGPA (TTM) ... 17 OTHER ... 18 (SPECIFY) ... 19 GOVT. DISP. ... 20 UHC/UHF/UPWC ... 21 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... 22 PHC/ADDITIONAL PHC ... 23 SUB-CENTRE ... 24 GOVT. MOBILE CLINIC ... 25 CAMP ... 26 ANGANWADI/CDS CENTRE ... 27 PULSE POLIO ... 28 OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY ... 29 NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ... 31 PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL ... 41 PVT. DOCTOR/ CLINIC ... 42 PVT. PARAMEDIC ... 43 AYUSH AYURVEDA ... 44 YOGA AND NATUROPATHY ... 45 UNANI ... 46 SIDHA ... 47 HOMEOPATHY ... 48 SOWA RIGPA (TTM) ... 49 OTHER ... 50 (SPECIFY) ... 51 PHARMACY/ DRUGSTORE ... 52 OTHER PVT. HEALTH FAC. ... 53 OTHER ... 95 (SPECIFY)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11 AYUSH AYURVEDA ... 12 YOGA AND NATUROPATHY ... 13 UNANI ... 14 SIDHA ... 15 HOMEOPATHY ... 16 SOWA RIGPA (TTM) ... 17 OTHER ... 18 (SPECIFY) ... 19 GOVT. DISP. ... 20 UHC/UHF/UPWC ... 21 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... 22 PHC/ADDITIONAL PHC ... 23 SUB-CENTRE ... 24 GOVT. MOBILE CLINIC ... 25 CAMP ... 26 ANGANWADI/CDS CENTRE ... 27 PULSE POLIO ... 28 OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY ... 29 NGO/TRUST HOSP./ CLINIC ... 31 PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL ... 41 PVT. DOCTOR/ CLINIC ... 42 PVT. PARAMEDIC ... 43 AYUSH AYURVEDA ... 44 YOGA AND NATUROPATHY ... 45 UNANI ... 46 SIDHA ... 47 HOMEOPATHY ... 48 SOWA RIGPA (TTM) ... 49 OTHER ... 50 (SPECIFY) ... 51 PHARMACY/ DRUGSTORE ... 52 OTHER PVT. HEALTH FAC. ... 53 OTHER ... 95 (SPECIFY)</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
516A	ENTER IN THE TABLE THE BIRTH HISTORY NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN 2015 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)).			
516B	BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212	LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>
516C	FROM 212 AND 218	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 516C IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 516C IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 516C IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)
517	क्या (NAME) को पित्तले की समस्या में कभी बदल हुआ है? Has (NAME) had diarrhoea in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8 (SKIP TO 526) ←	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8 (SKIP TO 526) ←	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8 (SKIP TO 526) ←
517A	क्या बरसों 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
518	अब मैं यह जानना चाहूँगी कि क्या के दौरान, (NAME) को पीने का पर्याप्त (हाँ के पुत्र के सहित) कितना दिया गया था। क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उसी ही मात्रा में या सामान्य से अधिक पीने को दिया गया था? IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या बहुत 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	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
519.	<p>कम (NAME) की वजह हुए हैं, कम उम्र सामान्य के कम, सामान्य उम्र की ही वजह से, 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 उम्र सामान्य से बहुत कम या बड़ा या कम खाने की वजह 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>
520	<p>कहीं के लिए क्या आपने कहीं से सलाह की या इलाज कायाया?</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 525) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 525) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 525) ←</p>
521	<p>आपने कहीं से सलाह की या इलाज कायाया? 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>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... B</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY ... C</p> <p>UNANI D</p> <p>SIDDHA E</p> <p>HOMEOPATHY F</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) G</p> <p>OTHER H</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISP. I</p> <p>UHC/UHP/UFWC J</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... K</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC L</p> <p>SUB-CENTRE/ ANM M</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC N</p> <p>CAMP O</p> <p>ANGANWADI/CDS CENTRE P</p> <p>ASHA Q</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR R</p> <p>NGO/TRUST HOSP/ CLINIC S</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL ... T</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC U</p> <p>PVT. PARAMEDIC ... V</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... W</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY ... X</p> <p>UNANI Y</p> <p>SIDDHA Z</p> <p>HOMEOPATHY ... AA</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) AB</p> <p>OTHER AC</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE ... AD</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AE</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>SHOP BA</p> <p>TRADITIONAL HEALER BB</p> <p>FRIEND/RELATIVE ... BC</p> <p>OTHER BK</p> <p>(SPECIFY)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... B</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY ... C</p> <p>UNANI D</p> <p>SIDDHA E</p> <p>HOMEOPATHY F</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) G</p> <p>OTHER H</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISP. I</p> <p>UHC/UHP/UFWC J</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... K</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC L</p> <p>SUB-CENTRE/ ANM M</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC N</p> <p>CAMP O</p> <p>ANGANWADI/CDS CENTRE P</p> <p>ASHA Q</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR R</p> <p>NGO/TRUST HOSP/ CLINIC S</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL ... T</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC U</p> <p>PVT. PARAMEDIC ... V</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... W</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY ... X</p> <p>UNANI Y</p> <p>SIDDHA Z</p> <p>HOMEOPATHY ... AA</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) AB</p> <p>OTHER AC</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE ... AD</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AE</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>SHOP BA</p> <p>TRADITIONAL HEALER BB</p> <p>FRIEND/RELATIVE ... BC</p> <p>OTHER BK</p> <p>(SPECIFY)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... B</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY ... C</p> <p>UNANI D</p> <p>SIDDHA E</p> <p>HOMEOPATHY F</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) G</p> <p>OTHER H</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISP. I</p> <p>UHC/UHP/UFWC J</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... K</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC L</p> <p>SUB-CENTRE/ ANM M</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC N</p> <p>CAMP O</p> <p>ANGANWADI/CDS CENTRE P</p> <p>ASHA Q</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR R</p> <p>NGO/TRUST HOSP/ CLINIC S</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL ... T</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC U</p> <p>PVT. PARAMEDIC ... V</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... W</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY ... X</p> <p>UNANI Y</p> <p>SIDDHA Z</p> <p>HOMEOPATHY ... AA</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) AB</p> <p>OTHER AC</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE ... AD</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AE</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>SHOP BA</p> <p>TRADITIONAL HEALER BB</p> <p>FRIEND/RELATIVE ... BC</p> <p>OTHER BK</p> <p>(SPECIFY)</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
522	CHECK 521:	TWO OR MORE CODES CIRCLED ONLY ONE CODE CIRCLED (SKIP TO 524)	TWO OR MORE CODES CIRCLED ONLY ONE CODE CIRCLED (SKIP TO 524)	TWO OR MORE CODES CIRCLED ONLY ONE CODE CIRCLED (SKIP TO 524)
523	आपने पहली बार कहां से सलाह ली या इलाज कराया? Where did you first seek advice or treatment? USE LETTER CODE FROM 521.	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>
524	कब शुरू हुई कि दिक्कत लीने के बाद, आपने (NAME) के लिए पहली बार सलाह ली या इलाज कराया? 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"/>	DAYS <input type="text"/>	DAYS <input type="text"/>
525	क्या वे उसे कुछ द्रव्य दूना, क्या उसे कहीं इलाज से कुछ चीजों 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 द्रव्य बनाया गया? A fluid made from a special packet called (LOCAL NAME FOR ORS PACKET)? b. चावल या (OR OTHER LOCAL GRAIN) से बना द्रव्य बनाया गया? 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
526	दिया कि आपने लीने से, क्या (NAME) को निम्नलिखित में से कोई भी दिया गया था: 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. POWDER . 1 2 8 b. PLUMPY NUT 1 2 8 c. PLUMPY DOZ ... 1 2 8	YES NO DK a. POWDER . 1 2 8 b. PLUMPY NUT 1 2 8 c. PLUMPY DOZ ... 1 2 8	YES NO DK a. POWDER . 1 2 8 b. PLUMPY NUT 1 2 8 c. PLUMPY DOZ ... 1 2 8
526A	CHECK 517: CODE '1' RECORDED	YES NO (SKIP TO 530)	YES NO (SKIP TO 530)	YES NO (SKIP TO 530)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH		NEXT-TO-LAST BIRTH		SECOND-FROM-LAST BIRTH	
		NAME _____		NAME _____		NAME _____	
527	क्या वह ज़ुन होने के बाद से क वा उसे कहीं और 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	
528	क्या कल के उपचार के लिए कुछ (और) दिया गया था? Was anything (else) given to treat the diarrhoea?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 530) ←		YES 1 NO 2 (SKIP TO 530) ←		YES 1 NO 2 (SKIP TO 530) ←	
529	उपचार के उपचार के लिए (और) क्या दिया गया था? कौन से और चीजें? What (else) was given to treat the diarrhoea? Anything else? RECORD ALL TREATMENTS GIVEN.	PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC A ANTIMOTILITY B OTHER (NOT ANTI-BIOTIC, ANTI-MOTILITY, OR ZINC) C UNKNOWN PILL OR SYRUP D INJECTION ANTIBIOTIC E NON-ANTIBIOTIC F UNKNOWN INJECTION G INTRAVENOUS (IV) H HOME REMEDY/HERBAL MEDICINE I OTHER X (SPECIFY)		PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC A ANTIMOTILITY B OTHER (NOT ANTI-BIOTIC, ANTI-MOTILITY, OR ZINC) C UNKNOWN PILL OR SYRUP D INJECTION ANTIBIOTIC E NON-ANTIBIOTIC F UNKNOWN INJECTION G INTRAVENOUS (IV) H HOME REMEDY/HERBAL MEDICINE I OTHER X (SPECIFY)		PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC A ANTIMOTILITY B OTHER (NOT ANTI-BIOTIC, ANTI-MOTILITY, OR ZINC) C UNKNOWN PILL OR SYRUP D INJECTION ANTIBIOTIC E NON-ANTIBIOTIC F UNKNOWN INJECTION G INTRAVENOUS (IV) H HOME REMEDY/HERBAL MEDICINE I OTHER X (SPECIFY)	
530	(NAME) को दिराले की सलाह में क्या कभी बुखार हुआ? Has (NAME) been it with a fever at any time in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 532) ←		YES 1 NO 2 (SKIP TO 532) ←		YES 1 NO 2 (SKIP TO 532) ←	
531	दौरानी के दौरान दिराले की सलाह में (NAME) को दिराले या पट्टी से खून के लिए रूख लिया गया? At any time during the illness, did (NAME) have blood taken from (finger) 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	
532	दिराले की सलाह में, क्या (NAME) को कभी दौरे के साथ खरोंची हुई? 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	दिराले की सलाह में, क्या (NAME) तेज, छोटी-छोटी साफ़ साफ़ लेना या खरोंची की या इसकी साथ लेने में परेशानी हो रही 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) ←		YES 1 NO 2 (SKIP TO 535) ←		YES 1 NO 2 (SKIP TO 535) ←	
534	क्या वे तेजी से खरोंची लेना या खरोंची लेने में कठिनाई हुआ या खरोंची के कारण की या इसकी साथ लेने में परेशानी हो रही थी? 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 530: 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 चाहूँगी कि (बुझाए / बसती) के साथ बीमारी के दौरान, (NAME) को पीने का पदार्थ (जैसे कि दूध के सहित) किसका दिया गया था। क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उसी ही मात्रा में या सामान्य से अधिक पीने को दिया गया था?</p> <p>IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या पीछा 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>अब (NAME) को (बुझाए/बसती) हुई थी तो क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उसी ही मात्रा में, सामान्य से अधिक मात्रा में दिया दिया गया था या वह खाने के लिए कुछ भी नहीं दिया गया था?</p> <p>IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या पीछा का 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	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
538	क्या आपने कहीं से बीमारी के लिए सलाह ली या इलाज कराया? Did you seek advice or treatment for the illness from any source?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 543) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 543) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 543) ←
539	आपने कहीं से सलाह ली या इलाज कराया? कहीं अन्य से? Where did you seek advice or treatment? Anywhere else? RECORD ALL SOURCES MENTIONED. IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S). _____ (NAME OF FACILITY/PLACE(S))	PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A AYUSH AYURVEDA ... B YOGA AND NATUROPATHY ... C UNANI ... D SIDDHA ... E HOMEOPATHY ... F SOWA RIGPA (TTM) ... G OTHER ... H (SPECIFY) GOVT. DISP. ... I UHC/UHP/UPWC ... J CHC/RUR. HOSP./BLOCK PHC ... K PHC/ADDITIONAL PHC ... L SUB-CENTRE/ANM ... M ANGANWADI/CDS CENTRE ... N GOVT. MOBILE CLINIC ... O CAMP ... P OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ... Q ASHA ... R NGO/TRUST HOSP./CLINIC ... S PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL ... T PVT. DOCTOR/CLINIC ... U PVT. PARAMEDIC ... V AYUSH AYURVEDA ... W YOGA AND NATUROPATHY ... X UNANI ... Y SIDDHA ... Z HOMEOPATHY ... AA SOWA RIGPA (TTM) ... AB OTHER ... AC (SPECIFY) PHARMACY/DRUGSTORE ... AD OTHER PVT. HEALTH FAC. ... AE OTHER SOURCE SHOP ... BA TRADITIONAL HEALER ... BB FRIEND/RELATIVE ... BC OTHER ... BK (SPECIFY)	PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A AYUSH AYURVEDA ... B YOGA AND NATUROPATHY ... C UNANI ... D SIDDHA ... E HOMEOPATHY ... F SOWA RIGPA (TTM) ... G OTHER ... H (SPECIFY) GOVT. DISP. ... I UHC/UHP/UPWC ... J CHC/RUR. HOSP./BLOCK PHC ... K PHC/ADDITIONAL PHC ... L SUB-CENTRE/ANM ... M ANGANWADI/CDS CENTRE ... N GOVT. MOBILE CLINIC ... O CAMP ... P OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ... Q ASHA ... R NGO/TRUST HOSP./CLINIC ... S PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL ... T PVT. DOCTOR/CLINIC ... U PVT. PARAMEDIC ... V AYUSH AYURVEDA ... W YOGA AND NATUROPATHY ... X UNANI ... Y SIDDHA ... Z HOMEOPATHY ... AA SOWA RIGPA (TTM) ... AB OTHER ... AC (SPECIFY) PHARMACY/DRUGSTORE ... AD OTHER PVT. HEALTH FAC. ... AE OTHER SOURCE SHOP ... BA TRADITIONAL HEALER ... BB FRIEND/RELATIVE ... BC OTHER ... BK (SPECIFY)	PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A AYUSH AYURVEDA ... B YOGA AND NATUROPATHY ... C UNANI ... D SIDDHA ... E HOMEOPATHY ... F SOWA RIGPA (TTM) ... G OTHER ... H (SPECIFY) GOVT. DISP. ... I UHC/UHP/UPWC ... J CHC/RUR. HOSP./BLOCK PHC ... K PHC/ADDITIONAL PHC ... L SUB-CENTRE/ANM ... M ANGANWADI/CDS CENTRE ... N GOVT. MOBILE CLINIC ... O CAMP ... P OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY ... Q ASHA ... R NGO/TRUST HOSP./CLINIC ... S PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL ... T PVT. DOCTOR/CLINIC ... U PVT. PARAMEDIC ... V AYUSH AYURVEDA ... W YOGA AND NATUROPATHY ... X UNANI ... Y SIDDHA ... Z HOMEOPATHY ... AA SOWA RIGPA (TTM) ... AB OTHER ... AC (SPECIFY) PHARMACY/DRUGSTORE ... AD OTHER PVT. HEALTH FAC. ... AE OTHER SOURCE SHOP ... BA TRADITIONAL HEALER ... BB FRIEND/RELATIVE ... BC OTHER ... BK (SPECIFY)
540	CHECK 539:	TWO OR MORE CODES CIRCLED ONLY ONE CODE CIRCLED (SKIP TO 542) ←	TWO OR MORE CODES CIRCLED ONLY ONE CODE CIRCLED (SKIP TO 542) ←	TWO OR MORE CODES CIRCLED ONLY ONE CODE CIRCLED (SKIP TO 542) ←
541	आपने पहली बार कहीं से सलाह ली या इलाज कराया? Where did you first seek advice or treatment? USE LETTER CODE FROM 539.	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
542	बीमारी शुरू होने के दिनांक तिथि के बाद (NAME) के लिए पहली बार सलाह की या इलाज किया गया? How many days after the illness 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"/>
543	बीमारी के दौरान किसी भी समय, क्या (NAME) ने बीमारी के लिए कोई दवा ली थी? At any time during the illness, did (NAME) take any drugs for the illness?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 549) ← DONT KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 549) ← DONT KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 549) ← DONT KNOW 8
544	(NAME) ने बीमारी के लिए कोई दवा ली थी? What drugs did (NAME) take? Any other drugs? RECORD ALL MENTIONED.	ANTIMALARIAL DRUGS CHLOROQUINE ... A PRIMAQUINE ... B SP/FANSIDAR ... C QUININE ... D ARTEMISININ COMBINATION THERAPY ... E OTHER ANTI- MALARIAL ... F UNKNOWN ANTI- MALARIAL ... G ANTIBIOTIC DRUG ... H OTHER DRUGS ASPIRIN I ACETA- MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K OTHER _____ X (SPECIFY) UNKNOWN DRUG ... Z	ANTIMALARIAL DRUGS CHLOROQUINE ... A PRIMAQUINE ... B SP/FANSIDAR ... C QUININE ... D ARTEMISININ COMBINATION THERAPY ... E OTHER ANTI- MALARIAL ... F UNKNOWN ANTI- MALARIAL ... G ANTIBIOTIC DRUG ... H OTHER DRUGS ASPIRIN I ACETA- MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K OTHER _____ X (SPECIFY) UNKNOWN DRUG ... Z	ANTIMALARIAL DRUGS CHLOROQUINE ... A PRIMAQUINE ... B SP/FANSIDAR ... C QUININE ... D ARTEMISININ COMBINATION THERAPY ... E OTHER ANTI- MALARIAL ... F UNKNOWN ANTI- MALARIAL ... G ANTIBIOTIC DRUG ... H OTHER DRUGS ASPIRIN I ACETA- MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K OTHER _____ X (SPECIFY) UNKNOWN DRUG ... Z
545	CHECK 544: ANY CODE 'A-G' RECORDED	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←
546	बुखार होने के दिनांक के बाद (NAME) ने पहली बार (DRUG(S) FROM 544 A-G) ली थी? How long after the fever started, did (NAME) first take (DRUG(S) FROM 544 A-G)?	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER ... 4 DONT KNOW 8	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER ... 4 DONT KNOW 8	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER ... 4 DONT KNOW 8
547	CHECK 544: CODE 'E' RECORDED	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←
548	बुखार होने के दिनांक के बाद (NAME) को पहली बार अर्टिमिसिनिन कॉम्बिनेशन थेरेपी दी गई थी? How long after the fever started did (NAME) first take an artemisinin combination therapy?	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER ... 4 DONT KNOW 8	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER ... 4 DONT KNOW 8	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER ... 4 DONT KNOW 8
549		GO BACK TO 503 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550.	GO BACK TO 503 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550.	GO TO 503 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550.

SECTION 5A. UTILIZATION OF ICDS SERVICES

555 ENTER IN THE TABLE THE BIRTH HISTORY NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN 2014 OR LATER. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. IF THERE ARE MORE THAN 5 BIRTHS, USE ADDITIONAL QUESTIONNAIRES)						
556 BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH	THIRD-FROM-LAST BIRTH	FOURTH-FROM-LAST BIRTH	
	BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/>	BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/>	BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/>	BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/>	BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/>	
557 FROM 212 AND 216	NAME _____	NAME _____	NAME _____	NAME _____	NAME _____	
	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 565)	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 565)	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 565)	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 565)	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 565)	
558	<p>पिछले 12 महीनों के दौरान, क्या (NAME) को अंगणवाड़ी या आई.सी.डी.एच. केन्द्र से कोई लाभ मिला है?</p> <p>IF NO, PROBE: कोई लाभ लेने अनुपूरक भोजन, वजन बढ़ाई नियंत्रण, टीकाकरण स्वास्थ्य संबंधी लाभ का रिपोर्ट?</p> <p>During the last 12 months, has (NAME) received any benefits from the anganwadi or ICDS centre?</p> <p>IF NO, PROBE: Any benefits such as supplementary food, growth monitoring, immunizations, health check-ups or education?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2 (GO TO 565) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2 (GO TO 565) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2 (GO TO 565) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2 (GO TO 565) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2 (GO TO 565) ←</p>
559	<p>पिछले 12 महीनों में, (NAME) को शायद कितनी बार अंगणवाड़ी/आई.सी.डी.एच. केन्द्र से लाभ मिला?</p> <p>In the last 12 months, how often has (NAME) received food from the anganwadi/ICDS centre?</p> <p>IF CHILD RECEIVES TAKE-HOME RATIONS FOR DAILY CONSUMPTION WEEKLY OR MONTHLY, CODE '1'.</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>ALMOST DAILY 1</p> <p>AT LEAST ONCE A WEEK 2</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 3</p> <p>LESS OFTEN 4</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>ALMOST DAILY 1</p> <p>AT LEAST ONCE A WEEK 2</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 3</p> <p>LESS OFTEN 4</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>ALMOST DAILY 1</p> <p>AT LEAST ONCE A WEEK 2</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 3</p> <p>LESS OFTEN 4</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>ALMOST DAILY 1</p> <p>AT LEAST ONCE A WEEK 2</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 3</p> <p>LESS OFTEN 4</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>ALMOST DAILY 1</p> <p>AT LEAST ONCE A WEEK 2</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 3</p> <p>LESS OFTEN 4</p> <p>DONT KNOW 8</p>
560	<p>पिछले 12 महीनों में अंगणवाड़ी/आई.सी.डी.एच. केन्द्र से शायद कितनी बार (NAME) ने स्वास्थ्य की जांच की गई?</p> <p>In the last 12 months, how often has (NAME) had a health check-up from the anganwadi/ICDS centre?</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 1</p> <p>LESS OFTEN 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 1</p> <p>LESS OFTEN 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 1</p> <p>LESS OFTEN 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 1</p> <p>LESS OFTEN 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>NOT AT ALL 0</p> <p>AT LEAST ONCE A MONTH 1</p> <p>LESS OFTEN 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>
561	<p>पिछले 12 महीनों में, क्या (NAME) को अंगणवाड़ी/आई.सी.डी.एच. केन्द्र से स्वास्थ्य से कोई टीकाकरण मिला गया?</p> <p>In the last 12 months, has (NAME) received any immunizations through the anganwadi/ICDS centre?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DONT KNOW 8</p>

	NAME FROM 212	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM- LAST BIRTH NAME _____	THIRD-FROM- LAST BIRTH NAME _____	FOURTH-FROM- LAST BIRTH NAME _____
562	<p>पिछले 12 महीनों में प्राथमिक स्वास्थ्य की देखभाल के लिए या नज़रबंदी केंद्र के लिए (NAME) प्राथमिकता प्राप्त आंगनवाड़ी/आई.सी.डी.एन, केन्द्र तथा/अथवा, नियमित रूप से, कभी-कभी या कभी नहीं?</p> <p>In the last 12 months, how often did (NAME) go to the anganwadi/ICDS centre for early childhood care or for preschool, regularly, occasionally, or not at all?</p>	REG 1 OCC 2 NOT AT ALL ... 3 DONT KNOW .. 8	REG 1 OCC 2 NOT AT ALL ... 3 DONT KNOW .. 8	REG 1 OCC 2 NOT AT ALL ... 3 DONT KNOW .. 8	REG 1 OCC 2 NOT AT ALL ... 3 DONT KNOW .. 8	REG 1 OCC 2 NOT AT ALL ... 3 DONT KNOW .. 8
563	<p>पिछले 12 महीनों में (NAME) का वजन किसनी बार आंगनवाड़ी/आई.सी.डी.एन, केन्द्र में लिया गया?</p> <p>In the last 12 months, how often has (NAME)'s weight been measured by the anganwadi/ICDS centre?</p>	NOT AT ALL 0 (GO TO 565) ← AT LEAST ONCE A MONTH 1 AT LEAST ONCE IN 3 MONTHS .. 2 LESS OFTEN ... 3 DONT KNOW .. 8 (GO TO 565) ←	NOT AT ALL 0 (GO TO 565) ← AT LEAST ONCE A MONTH 1 AT LEAST ONCE IN 3 MONTHS .. 2 LESS OFTEN ... 3 DONT KNOW .. 8 (GO TO 565) ←	NOT AT ALL 0 (GO TO 565) ← AT LEAST ONCE A MONTH 1 AT LEAST ONCE IN 3 MONTHS .. 2 LESS OFTEN ... 3 DONT KNOW .. 8 (GO TO 565) ←	NOT AT ALL 0 (GO TO 565) ← AT LEAST ONCE A MONTH 1 AT LEAST ONCE IN 3 MONTHS .. 2 LESS OFTEN ... 3 DONT KNOW .. 8 (GO TO 565) ←	NOT AT ALL 0 (GO TO 565) ← AT LEAST ONCE A MONTH 1 AT LEAST ONCE IN 3 MONTHS .. 2 LESS OFTEN ... 3 DONT KNOW .. 8 (GO TO 565) ←
564	<p>(NAME) का वजन लेने के बाद, क्या कभी भी आंगनवाड़ी/आई.सी.डी.एन, कार्यकर्ता का वजन एवं नै आसक्ति परामर्श दिया था?</p> <p>After (NAME) was weighed, did you ever receive counselling from the anganwadi/ICDS worker or ANM?</p>	YES 1 NO 2 DONT KNOW .. 8	YES 1 NO 2 DONT KNOW .. 8	YES 1 NO 2 DONT KNOW .. 8	YES 1 NO 2 DONT KNOW .. 8	YES 1 NO 2 DONT KNOW .. 8
565	<p>जब आप (NAME) के समय बच्ची थीं तो क्या आपको आंगनवाड़ी/आई.सी.डी.एन, केन्द्र से कोई लाभ प्राप्त हुआ था?</p> <p>When you were pregnant with (NAME), did you receive any benefits from the anganwadi/ICDS centre?</p>	YES 1 NO 2 (GO TO 567) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 567) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 567) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 567) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 567) ←
566	<p>क्या आपको इनमें से कोई लाभ मिला:</p> <p>Did you receive any of the following benefits:</p> <p>a. अतिरिक्त भोजन? Supplementary food?</p> <p>b. स्वास्थ्य की जांच? Health check-ups?</p> <p>c. स्वास्थ्य और पोषण संबंधी शिक्षा? Health and nutrition education?</p>	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2

	NAME FROM 212	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM- LAST BIRTH NAME _____	THIRD-FROM- LAST BIRTH NAME _____	FOURTH-FROM- LAST BIRTH NAME _____
567	<p>क्या आप (NAME) को स्तनपान कराने वाली थीं जो या तो उस समय अंगणवाड़ी/आई की थी एक केंद्र से आपको कोई लाभ मिला था?</p> <p>When you were breastfeeding (NAME), did you receive any benefits from the anganwadi/ICDS centre?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 569) ←</p> <p>DID NOT BREASTFEED ... 3</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 569) ←</p> <p>DID NOT BREASTFEED ... 3</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 569) ←</p> <p>DID NOT BREASTFEED ... 3</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 569) ←</p> <p>DID NOT BREASTFEED ... 3</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 569) ←</p> <p>DID NOT BREASTFEED ... 3</p>
568	<p>क्या आपको इनमें से कोई लाभ मिला:</p> <p>Did you receive any of the following benefits:</p> <p>a. अतिरिक्त भोजन? Supplementary food?</p> <p>b. स्वास्थ्य की जांच? Health check-ups?</p> <p>c. स्वास्थ्य और पोषण संबंधी शिक्षा? Health and nutrition education?</p>	<p>YES NO</p> <p>a. 1 2</p> <p>b. 1 2</p> <p>c. 1 2</p>	<p>YES NO</p> <p>a. 1 2</p> <p>b. 1 2</p> <p>c. 1 2</p>	<p>YES NO</p> <p>a. 1 2</p> <p>b. 1 2</p> <p>c. 1 2</p>	<p>YES NO</p> <p>a. 1 2</p> <p>b. 1 2</p> <p>c. 1 2</p>	<p>YES NO</p> <p>a. 1 2</p> <p>b. 1 2</p> <p>c. 1 2</p>
569		GO TO 557 IN NEXT COLUMN; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 601.	GO TO 557 IN NEXT COLUMN; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 601.	GO TO 557 IN NEXT COLUMN; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 601.	GO TO 557 IN NEXT COLUMN; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 601.	GO TO 557 IN FIRST COLUMN OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRE; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 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 330/330A: WOMAN OR MAN STERILIZED <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		615
603	CHECK 250 AND 253: HAS HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/> HAS NOT HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/>		615
604	CHECK 226: PREGNANT <input type="checkbox"/> NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/>		606
605	अब मैं भविष्य के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी। अभी आपकी जो बच्चा का 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 चाहूंगी। क्या (अन्य) 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 226: NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/> PREGNANT <input type="checkbox"/> a. आप अब से लेकर और कितने समय तक (अगला) बच्चा का होने का इंतजार करना चाहेंगी? How long would you like to wait from now before the birth of (a/another) child? b. अभी आपकी जो बच्चा का होने वाला है उसके बाद अगला बच्चा का 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) DONT KNOW 998	609 615 609
608	CHECK 226: NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/> PREGNANT <input type="checkbox"/>		613
609	CHECK 329: 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 OR 02 OR MORE YEARS <input type="checkbox"/> 00-23 MONTHS OR 00-01 YEAR <input type="checkbox"/>		614

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
611	<p>CHECK 605 AND 606:</p> <p>WANTS TO HAVE A/ANOTHER CHILD <input type="checkbox"/></p> <p>WANTS NO MORE/ NONE <input type="checkbox"/></p> <p>a. आपने कहा है कि आपको आभी (और) बच्चा नहीं चाहिए लेकिन गर्भधारण टालने के लिए आप किसी विधि का इस्तेमाल नहीं कर रही हैं। क्या आप बता सकती हैं कि आप 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? PROBE: Any other reason?</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 विधि का इस्तेमाल क्यों नहीं कर रही हैं? PROBE: कोई अन्य कारण?</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? PROBE: Any other reason?</p> <p>RECORD ALL REASONS MENTIONED.</p>	<p>NOT CURRENTLY MARRIED A</p> <p>FERTILITY-RELATED REASONS</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>OPPOSITION TO USE</p> <p>RESPONDENT OPPOSED J</p> <p>HUSBAND OPPOSED K</p> <p>OTHERS OPPOSED L</p> <p>RELIGIOUS PROHIBITION M</p> <p>LACK OF KNOWLEDGE</p> <p>KNOWS NO METHOD N</p> <p>KNOWS NO SOURCE O</p> <p>METHOD-RELATED REASONS</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 329: USING A CONTRACEPTIVE METHOD?</p> <p>NOT ASKED <input type="checkbox"/></p> <p>NO, NOT CURRENTLY USING <input type="checkbox"/></p> <p>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? 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? 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"/></p> <p>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 होंगे? 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>b. यदि आप अपने पूरे जीवन में होने वाले बच्चों की कुल संख्या को चुन सकतीं तो वे कितने बच्चे होंगे? 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 पसंद करतीं, कितनों का लड़की होना पसंद करतीं और कितने बच्चों के मामले में लड़कालड़की 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> <table border="1"> <tr> <td>NUMBER</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>OTHER _____ 96 (SPECIFY)</p>	NUMBER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NUMBER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
617	<p>पिछले कुछ महीनों में क्या आपने:</p> <p>In the last few months have you:</p> <p>a. परिवार नियोजन के बारे में रेडियो पर कुछ सुना है? Heard about family planning on the radio?</p> <p>b. टेलीवीजन पर परिवार नियोजन के बारे में कुछ देखा है? Seen anything about family planning on the television?</p> <p>c. समाचारपत्र या पत्रिका में परिवार नियोजन के बारे में कुछ पढ़ा है? Read about family planning in a newspaper or magazine?</p> <p>d. दीवारों वा होर्डिंग पर परिवार नियोजन के बारे में कुछ देखा है? Seen anything about family planning on a wall painting or hoarding?</p> <p>e. परिवार नियोजन के बारे में इंटरनेट पर कुछ देखा है? Seen anything about family planning on the internet?</p>	<p>YES NO</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TELEVISION 1 2</p> <p>NEWSPAPER OR MAGAZINE 1 2</p> <p>WALL PAINTING OR HOARDING . 1 2</p> <p>INTERNET 1 2</p>						
618	<p>CHECK 301:</p> <p>CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/> → 624</p>							
619	<p>CHECK 330/330A: USING A CONTRACEPTIVE METHOD?</p> <p>ANY CODE CIRCLED <input type="checkbox"/></p> <p>NO CODE CIRCLED <input type="checkbox"/> → 623</p>							
620	<p>क्या आप यह बहेंगी कि गर्भ-निरोधक के इस्तेमाल करने का निर्णय - मुख्य रूप से आपका है, मुख्य रूप से आपके पति का है या आप दोनों ने मिलकर निर्णय लिया है?</p> <p>Would you say that using contraception is mainly your decision, mainly your husband's decision, or did you both decide together?</p>	<p>MAINLY RESPONDENT 1</p> <p>MAINLY HUSBAND 2</p> <p>JOINT DECISION 3</p> <p>OTHER 6</p>						
621	<p>CHECK 330/330A:</p> <p>WOMAN OR MAN STERILIZED <input type="checkbox"/> → 624</p> <p>OTHER <input type="checkbox"/></p>							
622	<p>CHECK 250 AND 253:</p> <p>HAS HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/> → 624</p> <p>HAS NOT HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/></p>							

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
623	<p>क्या आपके पति उतने ही बच्चे चाहते हैं जितना, आप चाहती हैं या वे उसने ज्यादा या कम बच्चे चाहते हैं?</p> <p>Does your husband 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>																	
624	<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> <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																

SECTION 7. OTHER HEALTH ISSUES

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																				
701	<p>अब मैं आपकी आप ही के लिए चिकित्सा संबंधी आवश्यकता के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहती हूँ। कई विभिन्न कारण ही सकते हैं जो महिलाओं को अपने लिए डॉक्टरों से सलाह लेने या इलाज करने से रोक सकते हैं। जब आप बीमार होती हैं और डॉक्टरों से सलाह देना या इलाज करना 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 देना? Getting permission to go?</p> <p>b. इलाज के लिए पैसा देना? Getting money needed for treatment?</p> <p>c. स्वास्थ्य सुविधा तक की दूरी? The distance to the health facility?</p> <p>d. जब जाने के लिए साधक देना? 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 कि वहाँ पर कोई महिला स्वास्थ्य प्रदायक नहीं होंगी? Concern that there may not be a female healthcare provider?</p> <p>g. चिंता कि वहाँ पर कोई स्वास्थ्य सेवा प्रदायक ही नहीं होंगी? Concern that there may not be any healthcare provider?</p> <p>h. चिंता कि वहाँ पर दवाइयों उपलब्ध नहीं होंगी? Concern that there may be no drugs available?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BIG PROBLEM</th> <th>SMALL PROBLEM</th> <th>NO PROBLEM</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 PROBLEM	SMALL PROBLEM	NO PROBLEM	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 PROBLEM	SMALL PROBLEM	NO PROBLEM																																				
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>अब मैं आपकी स्वास्थ्य मामलों के संबंधित कुछ अन्य प्रश्न पूछना चाहती हूँ। क्या पिछले 12 महीनों में आपके किसी कारण से इंजेक्शन लगाया था?</p> <p>IF YES: अपने कितने इंजेक्शन लगाने से?</p> <p>Now I would like to ask you some other questions relating to health matters. Have you had an injection for any reason in the last 12 months?</p> <p>IF YES, How many injections have you had?</p> <p>IF NUMBER OF INJECTIONS IS GREATER THAN 90, OR DAILY FOR 3 MONTHS OR MORE, RECORD '90'. IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE.</p>	<p>NUMBER OF INJECTIONS</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>NONE 00</p>			→ 704																																		
703	<p>जब अपनी पिछली बार इंजेक्शन लगाने का वक़्त था तो क्या केवल एक ही बार सिरिंज से की जाने वाली सिरिंज और सुई का इस्तेमाल किया गया था?</p> <p>The last time you got an injection, were the syringe and needle taken from a new, unopened package?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>																																					
704	<p>क्या आपको कभी रक्त प्रदान करा है?</p> <p>Have you ever had a blood transfusion?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>																																					
705	<p>आपका क्या अब सिगरेट हर दिन पीती हैं, या कुछ दिन पीती हैं, या सिगरेट नहीं पीती?</p> <p>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>	→ 708																																				
706	<p>औसत, आपका अब प्रत्येक दिन कितने सिगरेट पीते हैं?</p> <p>On average, how many cigarettes do you currently smoke each day?</p>	<p>CIGARETTES</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																																					
707	<p>आप कब से नियमित रूप से सिगरेट पी रही हैं?</p> <p>For how long have you been smoking cigarettes regularly?</p> <p>IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS; IF LESS THAN 2 YEARS, RECORD MONTHS; IF 2 OR MORE YEARS, RECORD YEARS.</p>	<p>WEEKS 1</p> <p>MONTHS 2</p> <p>YEARS 3</p> <p>NEVER SMOKED REGULARLY 995</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																																					
708	<p>आपका क्या अब बीडी हर दिन पीती हैं, या कुछ दिन पीती हैं, या सिगरेट नहीं पीती?</p> <p>Do you currently smoke bidis 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>	→ 711																																				

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
709	औसत, आजकल आप ज़राक दिन कितनी बीड़ी पीते हैं ? On average, how many bidis do you currently smoke each day?	BIDIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
710	आप कब से नियमित रूप से बीड़ी पी रही हैं ? For how long have you been smoking bidis regularly? IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS; IF LESS THAN 2 YEARS, RECORD MONTHS; IF 2 OR MORE YEARS, RECORD YEARS.	WEEKS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NEVER SMOKED REGULARLY 999	
711	क्या आजकल आप किसी अन्य प्रकार से तम्बाकू पीती या पीते काशी हैं ? Do you currently smoke or use tobacco in any other form?	YES 1 NO 2	→ 715
712	आजकल आप किस अन्य प्रकार से तम्बाकू पीती या पीते काशी हैं ? किसी अन्य प्रकार से ? In what other form do you currently smoke or use tobacco? Any other form? RECORD ALL MENTIONED	CIGAR A PIPE B HOOKAH C GUTKA / PAAN MASALA WITH TOBACCO D KHAINI E PAAN WITH TOBACCO F OTHER CHEWING TOBACCO G SNUFF H OTHER X (SPECIFY)	
712A	CHECK 712: ANY CODE 'D' THROUGH 'H' <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> CIRCLED		→ 715
713	कितनी बार आप सुश्रावण रहित तम्बाकू का उपयोग करते हैं : लगभग हर दिन, साप्ताह में एक बार या साप्ताह में एक बार से भी कम समय ? How often do you use smokeless tobacco: almost every day, about once a week or less than once a week?	ALMOST EVERY DAY 1 ABOUT ONCE A WEEK 2 LESS THAN ONCE A WEEK 3	
714	आप कब से नियमित रूप से सुश्रावण रहित तम्बाकू का उपयोग कर रही हैं ? For how long have you been using smokeless tobacco regularly? IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS; IF LESS THAN 2 YEARS, RECORD MONTHS; IF 2 OR MORE YEARS, RECORD YEARS.	WEEKS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NEVER USED REGULARLY 999	
715	CHECK 705, 708, AND 711: CURRENTLY SMOKES OR USES TOBACCO 705 OR 708=1 OR 2 <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> OR 711=1		→ 719
716	क्या आपने पिछले 12 महीने के दौरान कभी भी, सुश्रावण रहित या किसी भी रूप में तम्बाकू का पीना बंद करने का प्रयास किया है ? During the last 12 months, have you ever tried to stop smoking or using tobacco in any other form?	YES 1 NO 2	
717	पिछले 12 महीनों में क्या आपने किसी किसिम एक अरबका आर्य ० बरत से सेवा दाताओं से मिली है ? In the last 12 months, have you visited a doctor or other health care provider?	YES 1 NO 2	→ 719

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP						
718	इन मुलाकातों के दौरान, क्या आपको बुरायाज छोड़ने का किसी भी रूप में सलाह का संकेत न करने का सुझाव मिला ? During any of these visits, were you advised to quit smoking or using tobacco in any other form?	YES 1 NO 2							
719	पिछले 30 दिनों में, (आपके अलावा) किसी ने आपके घर में अथवा कहीं आ-कर यहां पर बुरायाज किया जब आप उपस्थित थीं ? In the last 30 days, did someone (other than you) smoke in your home or anywhere else when you were present?	YES 1 NO 2							
720	क्या आप अलास पीती हैं ? Do you drink alcohol?	YES 1 NO 2	→ 724						
721	प्रश्न: आप कितनी बार अलास पीती हैं: लगभग हर दिन, लगभग हफ्ते में एक बार या हफ्ते में एक बार से कम ? How often do you drink alcohol: almost every day, about once a week or less than once a week?	ALMOST EVERY DAY 1 ABOUT ONCE A WEEK 2 LESS THAN ONCE A WEEK 3							
722	प्रश्न: आप किस प्रकार की अलास का सेवन करते हैं ? What type of alcohol do you usually drink? RECORD ALL MENTIONED.	TADI MADI A COUNTRY LIQUOR B BEER C WINE D HARD LIQUOR E OTHER X (SPECIFY)							
723	आप कब से नियमित रूप से अलास पी रही हैं ? For how long have you been drinking alcohol regularly? IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS. IF LESS THAN 2 YEARS, RECORD MONTHS, IF 2 OR MORE YEARS, RECORD YEARS.	WEEKS 1 MONTHS 2 YEARS 3 NEVER DRANK ALCOHOL REGULARLY 995	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
724	क्या आपने कभी किसी बीमारी के बारे में सुना है जिसे तपेक्षिक या टी बी कहते हैं ? Have you ever heard of an illness called tuberculosis or TB?	YES 1 NO 2	→ 728						
725	तपेक्षिक (टी बी) एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को किस प्रकार फैलता है ? PROBE: किसी अन्य तरह से ? How does tuberculosis spread from one person to another? PROBE: Any other ways? RECORD ALL MENTIONED.	THROUGH THE AIR WHEN COUGHING OR SNEEZING A THROUGH SHARING UTENSILS B THROUGH TOUCHING A PERSON WITH TB C THROUGH FOOD D THROUGH SEXUAL CONTACT E THROUGH MOSQUITO BITES F OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z							
726	क्या तपेक्षिक (टी बी) को ठीक किया जा सकता है ? Can tuberculosis be cured?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9							
727	यदि आपके परिवार के किसी सदस्य को तपेक्षिक (टी बी) हो जाता है तो क्या आप इसे गुप्त रखना चाहेंगी या नहीं ? If a member of your family got tuberculosis, would you want it to remain a secret or not?	YES, REMAIN A SECRET 1 NO 2 DON'T KNOW/NOT SURE/ DEPENDS 9							

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																																		
729	<p>A क्या आप वर्तमान में _____ हैं? Do you currently have:</p> <p>a. मधुमेह (दाब/डियाबीज) Diabetes?</p> <p>b. उच्च रक्तचाप (हाइपरटेंशन) Hypertension?</p> <p>c. लंबा (अस्थिर) श्वसन तंत्रिका रोग संबंधी रोग A chronic respiratory disease including asthma?</p> <p>d. गूठ/गूठ या अन्य थायरॉइड संबंधी विकार (रोग) Goitre or any other thyroid disorder?</p> <p>e. कोई हृदय रोग Any heart disease?</p> <p>f. कैंसर Cancer?</p> <p>g. कोई गुंथना गुंथ (किडनी) संबंधी विकार (रोग) Any chronic kidney disorder?</p>	<p>B क्या आपने इसका इलाज कराया है? Have you sought treatment for this problem?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CURRENTLY HAVE</th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>YES 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO 2 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DK 8 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>YES 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO 2 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DK 8 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>YES 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO 2 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DK 8 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>YES 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO 2 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DK 8 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>YES 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO 2 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DK 8 ↓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CURRENTLY HAVE	YES	NO	YES 1 →	1	2	NO 2 ↓			DK 8 ↓			YES 1 →	1	2	NO 2 ↓			DK 8 ↓			YES 1 →	1	2	NO 2 ↓			DK 8 ↓			YES 1 →	1	2	NO 2 ↓			DK 8 ↓			YES 1 →	1	2	NO 2 ↓			DK 8 ↓					
CURRENTLY HAVE	YES	NO																																																			
YES 1 →	1	2																																																			
NO 2 ↓																																																					
DK 8 ↓																																																					
YES 1 →	1	2																																																			
NO 2 ↓																																																					
DK 8 ↓																																																					
YES 1 →	1	2																																																			
NO 2 ↓																																																					
DK 8 ↓																																																					
YES 1 →	1	2																																																			
NO 2 ↓																																																					
DK 8 ↓																																																					
YES 1 →	1	2																																																			
NO 2 ↓																																																					
DK 8 ↓																																																					
729	<p>क्या आप किसी भी स्वास्थ्य योजना या स्वास्थ्य बीमा के अंतर्गत आती हैं? Are you covered by any health scheme or any health insurance?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 731																																																		
730	<p>स्वास्थ्य योजना या स्वास्थ्य बीमा किस प्रकार की है? आप किस प्रकार का? What type of health scheme or health insurance? Any other type? RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>EMPLOYEES STATE INSURANCE SCHEME (ESIS) A</p> <p>CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME (CGHS) B</p> <p>STATE HEALTH INSURANCE SCHEME C</p> <p>RASHTRIYA SWASTHYA BIMA YOJANA (RSBY) D</p> <p>COMMUNITY HEALTH INSURANCE PROGRAMME E</p> <p>OTHER HEALTH INSURANCE THROUGH EMPLOYER F</p> <p>MEDICAL REIMBURSEMENT FROM EMPLOYER G</p> <p>OTHER PRIVATELY PURCHASED COMMERCIAL HEALTH INSURANCE H</p> <p>OTHER X (SPECIFY)</p>																																																			
731	<p>आप स्वयं किस-किसी खाद्य पदार्थों को कितनी बार खाते हैं: दैनिक, हफ्ता में एक बार, कभी-कभी, या कभी नहीं खाते हैं? How often do you yourself eat the following food items: daily, weekly, occasionally, or never?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DAILY</th> <th>WEEKLY</th> <th>OCC.</th> <th>NEVER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. दूध या पनीर? Milk or curd?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>b. दालें या फलियाँ? Pulses or beans?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>c. गहरी हरे पत्तेदार सब्जियाँ? Dark green leafy vegetables?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>d. फल? Fruits?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>e. अण्डे? Eggs?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>f. मछली? Fish?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>g. मुर्गी या मांस? Chicken or meat?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>h. तला हुआ खाद्य पदार्थ? Fried foods?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>i. शीत पेय? Aerated drinks?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		DAILY	WEEKLY	OCC.	NEVER	a. दूध या पनीर? Milk or curd?	1	2	3	4	b. दालें या फलियाँ? Pulses or beans?	1	2	3	4	c. गहरी हरे पत्तेदार सब्जियाँ? Dark green leafy vegetables?	1	2	3	4	d. फल? Fruits?	1	2	3	4	e. अण्डे? Eggs?	1	2	3	4	f. मछली? Fish?	1	2	3	4	g. मुर्गी या मांस? Chicken or meat?	1	2	3	4	h. तला हुआ खाद्य पदार्थ? Fried foods?	1	2	3	4	i. शीत पेय? Aerated drinks?	1	2	3	4	
	DAILY	WEEKLY	OCC.	NEVER																																																	
a. दूध या पनीर? Milk or curd?	1	2	3	4																																																	
b. दालें या फलियाँ? Pulses or beans?	1	2	3	4																																																	
c. गहरी हरे पत्तेदार सब्जियाँ? Dark green leafy vegetables?	1	2	3	4																																																	
d. फल? Fruits?	1	2	3	4																																																	
e. अण्डे? Eggs?	1	2	3	4																																																	
f. मछली? Fish?	1	2	3	4																																																	
g. मुर्गी या मांस? Chicken or meat?	1	2	3	4																																																	
h. तला हुआ खाद्य पदार्थ? Fried foods?	1	2	3	4																																																	
i. शीत पेय? Aerated drinks?	1	2	3	4																																																	
732	<p>CHECK COVER PAGE: HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>YES <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 1140</p> <p>→ 801</p>																																																		

SECTION 8. SEXUAL LIFE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP								
801	<p>CHECK 315 AND 316:</p> <p>HAS NOT HAD SEXUAL INTERCOURSE (315 = '2' OR 316 = '00') <input type="checkbox"/></p> <p>HAS HAD SEXUAL INTERCOURSE <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 819</p>									
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 विधाम दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रहे जायेंगे और किसी को नहीं बताये जायेंगे। अगर आप किसी प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहते तो बुरे 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 103:</p> <p>15-24 YEARS OLD <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 YEARS OLD <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 805</p>									
804	<p>अब 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>DONT KNOW/DONT REMEMBER 8</p>									
805	<p>मैं आपसे आपकी हाल की यौन बतियाँ 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. 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> <table border="1" data-bbox="1251 965 1362 1178"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>									<p>→ 807</p> <p>→ 818</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SEXUAL PARTNER	SECOND-TO-LAST SEXUAL PARTNER												
806	आपने इस अन्य व्यक्ति के साथ आखिरी बार संभोग कब किया था? When was the last time you had sexual intercourse with this person?		DAYS AGO 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> WEEKS AGO 2 MONTHS 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 करने 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 आपने संभोग किया? What was your relationship to this person with whom you had sexual intercourse?	HUSBAND 01 LIVE-IN PARTNER 02 BOYFRIEND NOT LIVING WITH RESPONDENT 03 OTHER FRIEND 04 RELATIVE 05 CASUAL ACQUAINTANCE 06 SEX WORKER/CLIENT 07 OTHER 96 (SPECIFY) (SKIP TO 812) ←	HUSBAND 01 LIVE-IN PARTNER 02 BOYFRIEND NOT LIVING WITH RESPONDENT 03 OTHER FRIEND 04 RELATIVE 05 CASUAL ACQUAINTANCE 06 SEX WORKER/CLIENT 07 OTHER 96 (SPECIFY) (SKIP TO 812) ←												
810	CHECK 307:	MARRIED ONLY ONCE <input type="checkbox"/> ↓ MARRIED MORE THAN ONCE (SKIP TO 812) <input type="checkbox"/> ←	MARRIED ONLY ONCE <input type="checkbox"/> ↓ MARRIED MORE THAN ONCE (SKIP TO 812) <input type="checkbox"/> ←												
811	CHECK 316:	FIRST TIME WHEN STARTED LIVING WITH FIRST HUSBAND <input type="checkbox"/> ↓ OTHER <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 813)	FIRST TIME WHEN STARTED LIVING WITH FIRST HUSBAND <input type="checkbox"/> ↓ OTHER <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 813)												
812	कितने समय पहले आपने अपना पहला संभोग (पिछले से पहले वाले) इस साथी के साथ किया? How long ago did you first have sexual intercourse with this (second-to-last) person?	DAYS AGO 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> WEEKS AGO 2 MONTHS AGO 3 YEARS AGO 4							DAYS AGO 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> WEEKS AGO 2 MONTHS AGO 3 YEARS AGO 4						

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SEXUAL PARTNER	SECOND-TO-LAST SEXUAL PARTNER
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. 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 103:	<p>AGE 15-24 <input type="checkbox"/> AGE 25-49 <input type="checkbox"/></p> <p>(SKIP TO 816) ←</p>	<p>AGE 15-24 <input type="checkbox"/> AGE 25-49 <input type="checkbox"/></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>DONT KNOW 98</p>	<p>AGE OF PARTNER <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DONT 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 (GO BACK TO 806 IN NEXT COLUMN) ←</p> <p>NO 2 (SKIP TO 818) ←</p>	
817	<p>पिछले 12 महीनों में कुल गिनाकर 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. 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>DONT KNOW 98</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP												
818	<p>अपने अपने जीवनकाल में कुल मिलकर कितने व्यक्तियों के साथ संबंध 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="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">YES</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>CHILDREN <10</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MALE ADULTS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FEMALE ADULTS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </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 जहाँ 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>	<p>→ 901</p>												
821	<p>वह स्थान कहाँ है? कोई अन्य स्थान? Where is that? 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 style="text-align: center;">(NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p>PUBLIC HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA B</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY ... C</p> <p>UNANI D</p> <p>SIDHA E</p> <p>HOMEOPATHY F</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) G</p> <p>OTHER _____ H</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISPENSARY I</p> <p>UHC/UHP/UFWC J</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC K</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC L</p> <p>SUB-CENTRE/ANM M</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC N</p> <p>CAMP O</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE P</p> <p>ASHA Q</p> <p>OTHER COMMUNITY BASED WORKER R</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR _____ S</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/ CLINIC T</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR</p> <p>PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ DOCTOR U</p> <p>PRIVATE PARAMEDIC V</p> <p>PVT. MOBILE CLINIC W</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA X</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY ... Y</p> <p>UNANI Z</p> <p>SIDHA AA</p> <p>HOMEOPATHY AB</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) AC</p> <p>OTHER _____ AD</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p> <p>TRADITIONAL HEALER AE</p> <p>PHARMACY/DRUGSTORE AF</p> <p>DAI (TBA) AG</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR _____ AH</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>RATION SHOP BA</p> <p>OTHER SHOP BB</p> <p>VENDING MACHINE BC</p> <p>OTHER _____ BX</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p>													

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
822	यदि आप चाहती हैं तो क्या आप स्वयं निरोध प्राप्त कर सकती हैं? If you wanted to, could you yourself get a condom?	YES 1 NO 2 DONT KNOW/UNSURE 8	
823	CHECK 330 AND 807 : 330 = CODE 'F' OR 807 = YES IN EITHER COLUMN <input type="checkbox"/>	OTHER <input type="checkbox"/>	→ 901
824	पिछली बार आपने कंडोम या निरोध कहां से लिया था? From where did you obtain the condom last time?	PUBLIC HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL 11 AYUSH AYURVEDA 12 YOGA AND NATUROPATHY 13 UNANI 14 SIDDHA 15 HOMEOPATHY 16 SOWA RIGPA (TTM) 17 OTHER 18 (SPECIFY) GOVT. DISPENSARY 19 UHC/UHP/UFWC 20 CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC 21 PHC/ADDITIONAL PHC 22 SUB-CENTRE/ANM 23 GOVT. MOBILE CLINIC 24 CAMP 25 ANGANWADI/ICDS CENTRE 26 ASHA 27 OTHER COMMUNITY BASED WORKER 28 OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR 29 (SPECIFY) NGO OR TRUST HOSPITAL/ CLINIC 31 PRIVATE HEALTH SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ DOCTOR 41 PRIVATE PARAMEDIC 42 PVT. MOBILE CLINIC 43 AYUSH AYURVEDA 44 YOGA AND NATUROPATHY 45 UNANI 46 SIDDHA 47 HOMEOPATHY 48 SOWA RIGPA (TTM) 49 OTHER 50 (SPECIFY) TRADITIONAL HEALER 61 PHARMACY/DRUGSTORE 62 DAI (TBA) 63 OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR 64 (SPECIFY) OTHER SOURCE RATION SHOP 71 OTHER SHOP 72 VENDING MACHINE 73 FRIEND/RELATIVE 74 OTHER 96 (SPECIFY) DONT KNOW 98	

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
901	CHECK 301: CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/> NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/>	OTHER <input type="checkbox"/>	911 903
902	आपके पति की उनके पिछले जन्मदिन पर आयु क्या थी? How old was your husband on his last birthday?	AGE IN COMPLETED YEARS ... <input type="text"/>	
903	क्या आपके (पिछले) पति कभी स्कूल गए हैं/थे? Did your (last) husband ever attend school?	YES 1 NO 2	905
904	उन्होंने कौन-सा उच्चतम कक्षा प्राप्त किया था? What was the highest grade he completed?	GRADE <input type="text"/> DONT KNOW 98	
905	CHECK 901: CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> a. आपके पति का व्यवसाय क्या है? अर्थात् मुख्य रूप से वे किस प्रकार का काम करते हैं? What is your husband's occupation? That is, what kind of work does he mainly do? b. आपके (पिछले) पति का व्यवसाय क्या था? अर्थात् मुख्य रूप से वे किस प्रकार का काम करते थे? What was your (last) husband's occupation? That is, what kind of work did he mainly do?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
906	CHECK 901: CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/>	OTHER <input type="checkbox"/>	913
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	पिछले 12 महीनों में क्या आपके पति लगातार एक महीने या उससे अधिक समय के लिए घर से बाहर रहे हैं? In the last 12 months, has your husband been away from home for one month or more at a time?	YES 1 NO 2	911
910	पिछले 12 महीनों में क्या आपके पति लगातार 6 महीने या उससे अधिक समय के लिए घर से बाहर रहे हैं? In the last 12 months, has your husband been away from home for six months or more at a time?	YES 1 NO 2	
911	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	915
912	क्या कि आप जानती हैं, कुछ महिलाएं ऐसे काम करती हैं जिसके लिए उन्हें पैसे या किसी चीज के रूप में भुगतान किया जाता है, अन्य महिलाएं सामान बेचती हैं, छोटा व्यवसाय करती हैं, अथवा घर की खेती या घर के आसपास 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	915

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
913	<p>पछले आठ दिनों के काम करने के लिए या किसी अन्य कारण से अनुपस्थित थे?</p> <p>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?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 915
914	<p>पिछले 12 महीनों में क्या आपने कोई काम किया है?</p> <p>Have you done any work in the last 12 months?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 919
915	<p>आपका व्यवसाय क्या है, अर्थात् मुख्यतः आप किस प्रकार का काम करती हैं?</p> <p>What is your occupation, that is, what kind of work do you mainly do?</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>	
916	<p>क्या आप यह काम अपने परिवार के सदस्य के लिए या किसी अन्य के लिए करती हैं या आपका खुद का व्यवसाय है?</p> <p>Do you do this work for a member of your family, for someone else, or are you self-employed?</p>	<p>FOR FAMILY MEMBER 1</p> <p>FOR SOMEONE ELSE 2</p> <p>SELF-EMPLOYED 3</p>	
917	<p>क्या आप सभ्यसमय: पूरे वर्ष में 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>	
918	<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>	
919	<p>पिछले 12 महीनों में क्या आप लगातार एक महीने या उससे अधिक समय के लिए घर (माता-पिता/भाय-बसुर के घर के अतिरिक्त) से दूर रही हैं?</p> <p>In the last 12 months, have you been away from home other than parental/in-laws home for one month or more at a time?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 921
920	<p>पिछले 12 महीनों में क्या आप लगातार 6 महीने या उससे अधिक समय के लिए घर (माता-पिता/भाय-बसुर के घर के अतिरिक्त) से दूर रही हैं?</p> <p>In the last 12 months, have you been away from home other than parental/in-laws home for six months or more at a time?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	
921	<p>CHECK 301: MARITAL STATUS</p> <p>CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/></p>		→ 929
922	<p>CHECK 918: CASH EARNINGS</p> <p>CODE 1 OR 2 CIRCLED <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/></p>		→ 925
923	<p>आपके द्वारा कमाए गए रुपये-पैसे का उपयोग किस तरह किया जाए, इनका 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>	
924	<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>	→ 926

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
925	आपके पति द्वारा कमाए गए रुपये/पैसे का उपयोग किस तरह किया जाए इसका निर्णय कौन करता है: मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति या आप और आपके पति मिलकर? Who decides how your husband's earnings will be used: mainly you, mainly your husband, or you and your husband jointly?	RESPONDENT 1 HUSBAND 2 RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY 3 HUSBAND HAS NO EARNINGS 4 OTHER 5	
926	आपके अपने मरनाम की देखभाल के बारे में आमतौर पर कौन निर्णय लेता है? मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति या आप और आपके पति मिलकर या और कोई? Who usually makes decisions about health care for yourself: mainly you, mainly your husband, you and your husband jointly, or someone else?	RESPONDENT 1 HUSBAND 2 RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY 3 SOMEONE ELSE 4 OTHER 5	
927	घर के बड़े सामानों की खरीददारी के बारे में निर्णय आमतौर पर कौन लेता है: मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति या आप और आपके पति मिलकर या और कोई? Who usually makes decisions about making major household purchases: mainly you, mainly your husband, you and your husband jointly, or someone else?	RESPONDENT 1 HUSBAND 2 RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY 3 SOMEONE ELSE 4 OTHER 5	
928	आपके मायके के परिवार या रिश्तेदारों के पास जाने के बारे में आमतौर पर कौन निर्णय लेता है: मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति या आप और आपके पति मिलकर या और कोई? Who usually makes decisions about visits to your family or relatives: mainly you, mainly your husband, you and your husband jointly, or someone else?	RESPONDENT 1 HUSBAND 2 RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY 3 SOMEONE ELSE 4 OTHER 5	
929	क्या आपके अपने पास कोई रुपया/पैसा है जिसका उपयोग केवल आप ही इस बारे में आप अकेले निर्णय ले सकती हैं? Do you have any money of your own that you alone can decide how to use?	YES 1 NO 2	
930	क्या आपको इन स्थानों पर सामान्यतः अकेले जाने की या केवल किसी के साथ जाने की अनुमति है, या बिल्कुल अनुमति नहीं है? Are you usually allowed to go to the following places alone, only with someone else, or not at all? a. बाजार में? To the market? b. स्वास्थ्य सुविधा में? To the health facility? c. (गांव/समुदाय) के बाहर के स्थान पर? To places outside this (village/community)?	ALONE WITH SOMEONE ELSE ONLY NOT AT ALL MKT 1 2 3 HEALTH 1 2 3 OUT 1 2 3	
931	क्या आपके पास बैंक या बचत खाता है जिसका आप खुद इस्तेमाल करती हैं? Do you have a bank or savings account that you yourself use?	YES 1 NO 2	
932	क्या आपके पास कोई अपना मोबाइल फोन है जिसका उपयोग आप खुद करती हैं? Do you have any mobile phone that you yourself use?	YES 1 NO 2	→ 934
933	क्या वित्तीय (पैसे के) लेन-देन के लिए आप मोबाइल फोन का इस्तेमाल करती हैं? Do you use your mobile phone for any financial transactions?	YES 1 NO 2	
934	क्या आपने कभी इंटरनेट का इस्तेमाल किया है? Have you ever used the internet?	YES 1 NO 2	
935	CHECK 106: EDUCATION GRADE 0-5 OR BLANK <input type="checkbox"/> GRADE 6 AND ABOVE <input type="checkbox"/>		→ 937
936	CHECK 108: LITERACY CODE '2', '3' OR '4' CIRCLED <input type="checkbox"/> CODE '1' OR '5' CIRCLED <input type="checkbox"/>		→ 938
937	क्या आप लिखा हुआ संदेश(SMS) पढ़ सकते हैं? Are you able to read text (SMS) messages?	YES 1 NO 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																
938	क्या आप अकेले या संयुक्त रूप से इस घर के या किसी अन्य घर के मालिक हैं? Do you own this or any other house either alone or jointly with someone else?	ALONE ONLY 1 JOINTLY ONLY 2 BOTH ALONE AND JOINTLY 3 DOES NOT OWN 4																																	
939	क्या आप अकेले या संयुक्त रूप से किसी भी जमीन के मालिक हैं? Do you own any agricultural or non-agricultural land either alone or jointly with someone else?	ALONE ONLY 1 JOINTLY ONLY 2 BOTH ALONE AND JOINTLY 3 DOES NOT OWN 4																																	
940	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? Do you know of any programmes in this area that give loans to women to start or expand a business of their own?	YES 1 NO 2	→ 942																																
941	क्या आपने कभी अपना व्यापार शुरू करने या उसे बढ़ाने के लिए, ऐसे किसी कार्यक्रम से सहाय या ऋण के रूप में स्वीकृत कर्ज ले लिया है? Have you yourself ever taken a loan, in cash or in kind, from any of these programmes, to start or expand a business?	YES 1 NO 2																																	
942	PRESENCE OF OTHERS AT THIS POINT (PRESENT AND LISTENING, PRESENT BUT NOT LISTENING, OR NOT PRESENT)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ PRES./ LISTEN.</th> <th>NOT LISTEN.</th> <th>NOT PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CHILDREN < 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./ PRES./ LISTEN.	NOT LISTEN.	NOT PRES.	CHILDREN < 10	1	2	3	HUSBAND	1	2	3	OTHER MALES	1	2	3	OTHER FEMALES	1	2	3													
	PRES./ PRES./ LISTEN.	NOT LISTEN.	NOT PRES.																																
CHILDREN < 10	1	2	3																																
HUSBAND	1	2	3																																
OTHER MALES	1	2	3																																
OTHER FEMALES	1	2	3																																
943	आपकी राय में, क्या इन परिस्थितियों में पति द्वारा पत्नी को मारना-पीटना उचित है: In your opinion, is a husband justified in hitting or beating his wife in the following situations: a. यदि वह पति को बिना बताए नहीं बाहर जाती है? If she goes out without telling him? b. यदि वह घर या बच्चे की देखभाल नहीं करती है? If she neglects the house or the children? c. यदि वह पति के साथ झगड़ करती है? If she argues with him? d. यदि वह पति के साथ आत्मिक संबंध के लिए सख्त करती है? If she refuses to have sex with him? e. यदि वह ठीक तरह से खाना नहीं पकाती है? If she doesn't cook food properly? f. यदि पति उसके भ्रम-भ्रम पर संदेह करता है? If he suspects her of being unfaithful? g. यदि वह सम्मान बच्चों का अपमान करती है? If she shows disrespect for in-laws?	<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																																
944	यदि पत्नी यह जानती है कि उसके पति को यौन संचारित रोग है तो क्या उसमें यह सुझाव उचित है कि वे संभोग के समय कंडोम [निरोध] का उपयोग करें? 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?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8																																	
945	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? If a wife knows her husband has sex with other women, is she justified in refusing to have sex with him?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8																																	
946	CHECK 301: CURRENTLY <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED OTHER <input type="checkbox"/>		→ 1001																																
947	यदि आप संभोग नहीं करना चाहती हैं तो क्या आप अपने पति को नहीं कह सकती हैं? Can you say no to your husband if you do not want to have sexual intercourse with him?	YES 1 NO 2																																	

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 OTHER X (SPECIFY)	
1005	एच आइ वी का 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 या 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 संबंध करने को 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 उत्पाद 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 या नुई 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 USE CONDOMS B LIMIT SEX TO ONE PARTNER/STAY FAITHFUL TO ONE PARTNER C LIMIT NUMBER OF SEXUAL PARTNERS D AVOID SEX WITH SEX WORKERS E AVOID SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS F AVOID SEX WITH HOMOSEXUALS G AVOID SEX WITH PERSONS WHO INJECT DRUGS H AVOID BLOOD TRANSFUSIONS I USE BLOOD ONLY FROM RELATIVES J AVOID INJECTIONS K USE ONLY NEW/STERILIZED NEEDLES L AVOID IV DRIP M AVOID SHARING RAZORS/BLADES . N AVOID KISSING O AVOID MOSQUITO BITES P</p> <p>OTHER _____ W (SPECIFY)</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 NO 2 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 या के दौरान? During pregnancy?</p> <p>b. बच्चे के जन्म के दौरान? During delivery?</p> <p>c. स्तनपान के दौरान? 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"/> → 1017</p>																	
1016	<p>क्या कोई ऐसी विशेष दवाइया 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 NO 2 DON'T KNOW 8</p>																	
1017	<p>क्या आपने विशेष 'एन्टी-रिट्रोवायरल द्रव्य' (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 NO 2</p>																	
1018	<p>CHECK 208 AND 215:</p> <p>LAST BIRTH SINCE 2018 <input type="checkbox"/></p>	<p>NO BIRTHS <input type="checkbox"/> → 1033</p> <p>LAST BIRTH BEFORE 2018 <input type="checkbox"/> → 1033</p>																	

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1026	सभी महिलाओं को जांच के बाद परामर्श देना मिलना चाहिए, आपकी जांच के बाद क्या आपको परामर्श देना मिला था? All women are supposed to receive counseling after being tested. After you were tested, did you receive counseling?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	→ 1031
1027	CHECK 448 FOR LAST BIRTH: PLACE OF BIRTH IN A FACILITY <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> PLACE		→ 1033
1028	जब आप प्रसव के लिए गयी थी, लेकिन बच्चे के जन्म से पहले क्या आपको एच आइ वी की जांच के लिए कहा गया था? Between the time you went for delivery but before the baby was born, were you offered a test for HIV?	YES 1 NO 2	
1029	मैं जांच का परिणाम नहीं जानना चाहती, लेकिन क्या आपको उस समय एच आइ वी की जांच की कभी थी? I don't want to know the results, but were you tested for HIV at that time?	YES 1 NO 2	→ 1033
1030	मैं जांच का परिणाम नहीं जानना चाहती, लेकिन क्या आपको जांच का परिणाम मिला? I don't want to know the results, but did you get the results of the test?	YES 1 NO 2	
1031	घर्षाव या के दौरान की कभी एच आइ वी की जांच के बाद क्या कभी आपने जांच करवायी थी? Have you been tested for HIV since that time you were tested during your pregnancy?	YES 1 NO 2	
1032	कितने महीने पहले आपने अपना अखिरी एच आइ वी की जांच करवायी थी? How many months ago was your most recent HIV test?	MONTHS AGO <input type="text"/> TWO OR MORE YEARS 95	→ 1039
1033	मैं परिणाम नहीं जानना चाहती हूँ, लेकिन क्या कभी आपको एच आइ वी की जांच की गई थी? I don't want to know the results, but have you ever been tested to see if you have HIV?	YES 1 NO 2	→ 1037
1034	कितने महीने पहले आपने अपना अखिरी एच आइ वी की जांच करवायी थी? How many months ago was your most recent HIV test?	MONTHS AGO <input type="text"/> TWO OR MORE YEARS 95	
1035	मैं परिणाम नहीं जानना चाहती लेकिन क्या आपको जांच का परिणाम मिला? I don't want to know the results, but did you get the results of the test?	YES 1 NO 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1036	<p>जहाँ जहाँ की गयी थी? 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>PUBLIC HEALTH SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL 11 GOVT. HEALTH CENTRE 12 STAND-ALONE ICTC 13 FAMILY PLANNING CLINIC 14 MOBILE CLINIC 15 FIELDWORKER 16 SCHOOL BASED CLINIC 17 OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR 18 (SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... 20</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR 21 STAND-ALONE ICTC 22 PHARMACY 23 MOBILE CLINIC 24 FIELDWORKER 25 SCHOOL BASED CLINIC 26 OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR 27 (SPECIFY)</p> <p>OTHER SOURCE HOME 31 CORRECTIONAL FACILITY 32 OTHER 96 (SPECIFY)</p>	<p>→ 1039</p>
1037	<p>क्या आप ऐसे किसी स्थान को जानती हैं जहाँ पर एक आर की बी जांच कराने के लिए लोग जा सकते हैं? Do you know of a place where people can go to get tested for HIV?</p>	<p>YES 1 NO 2</p>	<p>→ 1039</p>
1038	<p>कहाँ स्थान जहाँ पर है? कौन सा स्थान? Where is that? 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>PUBLIC HEALTHSECTOR GOVERNMENT HOSPITAL A GOVT. HEALTH CENTRE B STAND-ALONE ICTC C FAMILY PLANNING CLINIC D MOBILE CLINIC E FIELDWORKER F SCHOOL BASED CLINIC G OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR H (SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... I</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR J STAND-ALONE ICTC K PHARMACY L MOBILE CLINIC M FIELDWORKER N SCHOOL BASED CLINIC O OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR P (SPECIFY)</p> <p>OTHER SOURCE HOME Q CORRECTIONAL FACILITY R OTHER X (SPECIFY)</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1039	यदि आप जानती हैं कि इस दुकानदार या बिक्रेता को एच आइ वी है, तो क्या आप उससे सब्जियां खरीदेंगी? Would you buy fresh vegetables from a shopkeeper or vendor if you knew that this person had HIV?	YES 1 NO 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
1040	क्या आपके विचार में एच आइ वी प्रभावित बच्चे को उस सब्जि बच्चे के साथियों एच आइ वी नहीं है, स्कूल जाने देना चाहिए? Do you think a child with HIV should be allowed to attend school with students who are HIV negative?	SHOULD BE ALLOWED 1 SHOULD NOT BE ALLOWED 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
1041	यदि आपके परिवार के किसी सदस्य को एच आइ वी/एड्स है तो क्या आप वह बात गुप्त रखना चाहेंगी या नहीं? If a member of your family got infected with HIV/AIDS, would you want it to remain a secret or not?	YES, REMAIN A SECRET 1 NO 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
1042	क्या आपको इस बात का डर है कि यदि आप एकआइवी वाले व्यक्ति के सार के संपर्क में आईं तो आपको एचआइवी हो सकती है? Do you fear that you could get HIV if you come into contact with the saliva of a person living with HIV?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
1043	यदि आपका कोई रिश्तेदार एच आइ वी/एड्स के कारण बीमार हो जाता है तो क्या आप अपने घर में उनका देखभाल करने के लिए तैयार होंगी? If a relative of yours became sick with HIV/AIDS, would you be willing to care for her or him in your own household?	YES 1 NO 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
1044	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? In your opinion, if a female teacher has HIV/AIDS but is not sick, should she be allowed to continue teaching in the school?	SHOULD BE ALLOWED 1 SHOULD NOT BE ALLOWED 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
1045	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? In your opinion, if a male teacher has HIV/AIDS but is not sick, should he be allowed to continue teaching in the school?	SHOULD BE ALLOWED 1 SHOULD NOT BE ALLOWED 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
1046	क्या आप सोचती हैं कि जिन लोगों को एच आइ वी/एड्स है उनका इलाज सरकारी अस्पताल में उन लोगों के साथ होना चाहिए जिन में एच आइ वी नहीं है? Do you think that people living with HIV/AIDS should be treated in the same public hospital with patients who are HIV negative?	SHOULD BE TREATED 1 SHOULD NOT BE TREATED 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
1047	क्या आप सोचती हैं कि जिन लोगों को एच आइ वी/एड्स है उनकी जमीन दफ्तर में काम करना चाहिए जहाँ पर लोगों को एच आइ वी नहीं है? Do you think that people living with HIV/AIDS should be allowed to work in the same office with people who are HIV negative?	SHOULD BE ALLOWED 1 SHOULD NOT BE ALLOWED 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
1048	CHECK 1001 AND 1002: HEARD ABOUT HIV/AIDS <input type="checkbox"/> NOT HEARD ABOUT HIV/AIDS <input type="checkbox"/> a. एच आइ वी/एड्स के अलावा, क्या आपने अन्य संक्रामकों के बारे में सुना है जो यौन संबंध के माध्यम से फैलते हैं? Apart from HIV/AIDS, have you heard about other infections that can be transmitted through sexual contact? b. क्या आपने उन संक्रामकों के बारे में सुना है जो यौन संबंध के माध्यम से फैलते हैं? Have you heard about infections that can be transmitted through sexual contact?	YES 1 NO 2	
1049	CHECK 315 AND 316: HAD SEXUAL INTERCOURSE HAS HAD SEXUAL INTERCOURSE <input type="checkbox"/> HAS NOT HAD SEXUAL INTERCOURSE (315 = '2' OR 316 = '00') <input type="checkbox"/>		1101
1050	CHECK 1048: HEARD ABOUT OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		1052

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1051	<p>जब मैं अपने 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?</p> <p>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?</p>	<p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>	
1052	<p>कभी-कभी महिलायें योनि से बदबूदार असामान्य स्वास का अनुभव करती हैं। पिछले 12 महीनों के दौरान, क्या आपकी योनि से बकबूदार असामान्य स्वास हुआ?</p> <p>Sometimes women experience a bad smelling abnormal genital discharge. During the last 12 months, have you had a bad smelling abnormal genital discharge?</p>	<p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>	
1053	<p>कभी-कभी महिलाओं की योनि में खोटा या जलन (पीपदार घाव) हो जाता है। पिछले 12 महीनों के दौरान क्या आपकी योनि में खोटा या जलन (पीपदार घाव) हुआ?</p> <p>Sometimes women have a genital sore or ulcer. During the last 12 months, have you had a genital sore or ulcer?</p>	<p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>	
1054	<p>CHECK 1051, 1052, AND 1053: HAS HAD AN STI</p> <p>AT LEAST ONE 'YES' <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p>		1101
1055	<p>पिछली बार जब आपको (PROBLEM FROM 1051/1052/1053) हुई थी, क्या आपने कोई सलाह ली या इलाज कराया?</p> <p>The last time you had (PROBLEM FROM 1051/1052/1053), did you seek any kind of advice or treatment?</p>	<p>YES 1 NO 2</p>	1101
1056	<p>जहाँ कहीं गयी थी? कोई अन्य स्थान? Where did you go? 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>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p>PUBLIC HEALTH SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL A AYUSH AYURVEDA B YOGA AND NATUROPATHY C UNANI D SIDDHA E HOMEOPATHY F SOWA RIGPA (TTM) G OTHER H (SPECIFY)</p> <p>GOVT. HEALTH CENTER I STAND-ALONE ICTC J FAMILY PLANNING CLINIC K MOBILE CLINIC L FIELDWORKER M SCHOOL BASED CLINIC N OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR O (SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC P</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR Q AYUSH AYURVEDA R YOGA AND NATUROPATHY S UNANI T SIDDHA U HOMEOPATHY V SOWA RIGPA (TTM) W OTHER X (SPECIFY)</p> <p>STAND-ALONE ICTC Y PHARMACY Z MOBILE CLINIC AA FIELDWORKER AB SCHOOL BASED CLINIC AC OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AD (SPECIFY)</p> <p>OTHER SOURCE HOME BA CORRECTIONAL FACILITY BB OTHER BX (SPECIFY)</p>	

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 पूछ रहा हूँ। मैं यह जानती हूँ कि इनमें से कुछ पूछ बहुत ही व्यक्तिगत (निजी) हैं। तथापि, आपके सवाल भारत में महिलाओं की स्थिति को समझने के लिए बहुत महत्वपूर्ण हैं। मैं आपको विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रहे जायेंगे और किसी को नहीं बताया जायेगा और कोई अन्य व्यक्ति यह नहीं जान पाएगा कि आपसे वे पूछ चुके हों। अगर आप मेरे किसी सवाल का जवाब नहीं देना चाहते, तो मुझे बता दीजिये और मैं अपने सवाल पर नहीं आऊँगी। 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 (1106 TO 1115: READ IN PAST TENSE) <input type="checkbox"/> NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/>		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 वे आपके (गिड़गिड़े) 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 जलजल का मुसका अला (है/था) He (is/was) jealous or angry if you (talk/talked) to other men. b. आपके बाल-बालन के बारे में वह प्रायः पीछ लगाते (हैं/थे)। He frequently (accuses/accused) you of being unfaithful. c. वह आपको अपनी महिलाओं से मिलने की अनुमति नहीं देते (हैं/थे)। He (does/did) not permit you to meet your female friends. d. वह आपके आपके के परिवार के साथ आपके संबंधों को सीमित करने की कोशिश करते (हैं/थे)। He (tries/tried) to limit your contact with your family. e. वह हमेशा ही यह जगह बताते (हैं/थे) कि आप कहां कहां हैं/थीं। He (insists/insisted) on knowing where you (are/were) at all times. f. अपने 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	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																																							
1106	<p>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:</p> <p>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:</p> <p>a. दूसरों के सामने आपको नीचा दिखाने के लिए कुछ बड़ा या किया? Say or do something to humiliate you in front of others?</p> <p>b. आपको या आपके किसी नजदीकी को थोड़ा चोटिल करने या नुकसान पहुंचाने की धमकी दी? Threaten to hurt or harm you or someone close to you?</p> <p>c. आपको अपमान किया या आपको स्वयं की नजरों में गिराने की कोशिश की? Insult you or make you feel bad about yourself?</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 in the last 12 months: often, only sometimes, or not at all?</p> <table border="1" data-bbox="767 304 1417 629"> <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> </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																																				
	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																																																						
1107	<p>A क्या आपके (पिछले) पति ने कभी आपके साथ इनमें से कुछ भी किया (है / था) :</p> <p>(Does/did) your (last) husband ever do any of the following things to you:</p> <p>a. आपको धक्का दिया, आपको झिंझोटा या आपको धरक कोढ़े नींच उड़ाकर देती? Push you, shake you, or throw something at you?</p> <p>b. आपकी बांह मोटी या आपके बाल खींचे? Twist your arm or pull your hair?</p> <p>c. आपको घण्टा मारे? Slap you?</p> <p>d. आपको मुझे मारे या ऐसी किसी चीज का प्रयोग किया जिससे आपकी थोड़ा नुकसान हो? Punch you with his fist or with something that could hurt you?</p> <p>e. आपको धरक मारी, आपको खींचा या आपको धरक मारा? Kick you, drag you or beat you up?</p> <p>f. आपका कला थोड़ने 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 इनमें इस्तेमाल 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 संबंध बनाने 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 शैल 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 धरक कर या कोई और तरह से शैल 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" data-bbox="767 775 1417 1693"> <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																																																						

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1108	CHECK 1107 A (a-j): EXPERIENCED PHYSICAL VIOLENCE AT LEAST ONE <input type="checkbox"/> NOT A SINGLE <input type="checkbox"/> "YES" "YES"		→ 1111
1109	आपके (पिछले) पति से आपकी क बिलने समय बाद (या पहला / इसमें से कोई पहला) आपके बाद पहली बार हुई? How long after you first got married to your (last) husband did (this/any of these things) first happen? IF LESS THAN ONE YEAR, RECORD '00'.	NUMBER OF YEARS <input type="text"/> <input type="text"/> BEFORE MARRIAGE 05	
1110	आपके (पिछले) पति ने आपके साथ कभी भी ऐसा कतोर किया, कल इसके परिणामस्वरूप कभी इसमें से कोई भी घटना हुई: Did the following ever happen as a result of what your (last) husband did to you? a. आपकी घाब हुआ था, नीच पड़े थे या डेर तक डई होना रहा था? You had cuts, bruises or aches? b. आप कभीर लप से जल गयी थी? You had severe burns? c. आपकी आंख में चीट लगी थी, नीच आई थी, हड्डी लटक गयी थी या मासुली लप से जल गई थी? You had eye injuries, sprains, dislocations, or minor burns? d. आपकी कहरा घाब हो गया था, हड्डीया टूट गयी थी, दात टूट गए थे या कोई अन्य कभीर घोर लगी थी? You had deep wounds, broken bones, broken teeth, or any other serious injury?	YES NO CUTS/BRUISES 1 2 SEVERE BURNS 1 2 EYE INJURIES, SPRAINS DISLOCATIONS, ETC. ... 1 2 OTHER SERIOUS INJURY ... 1 2	
1111	क्या आपके कभी अपने (पिछले) पति को ऐसे समय पीटा, बल्लट मारा, लाल मारी या कुछ ऐसा किया जिससे उन्हें पारीरिक लप से चीट पहुंची जब वे आपके नहीं मार रहे थे या चीट नहीं पहुंचा रहे थे? 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?	YES 1 NO 2	→ 1113
1112	पिछले बारह महीनों में, आपने (पिछले) पति के साथ कतोर ऐसा किलनी बार किया: अक्सर, कबल कभी कभी या कभी नहीं? In the last 12 months, how often have you done this to your (last) husband: often, only sometimes, or not at all?	OFTEN 1 SOMETIMES 2 NOT AT ALL 3	
1113	क्या आपके (पिछले) पति अराब पीते हैं (थे)? (Does/did) your (last) husband drink alcohol?	YES 1 NO 2	→ 1115
1114	वे किलनी बार अराब पीकर लुब होने (थे/थे): अक्सर, कबल कभी-कभी या कभी नहीं? How often (does/did) he get drunk: often, only sometimes, or never?	OFTEN 1 SOMETIMES 2 NEVER 3	
1115	क या आप अपने(पिछले) पति से डरती है / थी : अल बार कभी-कभी, कभी नहीं? Are (Were) you afraid of your (last) husband: most of the time, sometimes, or never?	MOST OF THE TIME AFRAID 1 SOMETIMES AFRAID 2 NEVER AFRAID 3	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																				
1116	CHECK 307: MARRIED MORE THAN ONCE <input type="checkbox"/> MARRIED ONLY ONCE <input type="checkbox"/>		1116																				
1117	<p>A अभी तक हम आपके (वर्तमान/पिछले) पति के व्यवहार के बारे में पूछ रहे थे। अब हम आपके किसी एक पुराने पति के व्यवहार के बारे में भी जानना चाहते हैं। 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> <p>a. क्या कभी पहले पति कभी भी आपको मार(थप पड़ना) कपका कुछ ऐसा किया है जिससे आपकी शारीरिक रूप से चोट पहुंचाया था? Did any previous husband ever hit, slap, kick, or do anything else to hurt you physically?</p> <p>b. आपके ना पहले हुए भी क्या आपके कोई पहले पति, आपको संभोग करने के लिए वा किसी और तरह से शौच संबंधी किए करने के लिए मजबूर किया? Did any previous husband physically force you to have intercourse or perform any other sexual acts against your will?</p> <p>c. क्या किसी पिछले पति ने आपको दूसरों के सामने अपमानित किया था, आप या किसी अन्य व्यक्ति के सामने चोट पहुंचाने के लिए धमकाया था आपका अपमान किया था या ऐसा किया था कि आप अपने बारे में बुरा महसूस करें? 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?</p>	<p>B पिछली बार ने कितने समय पहले हुआ था? How long ago did this last happen?</p> <table border="1"> <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.</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> </tbody> </table>		EVER	0 - 11 MONTHS AGO	12 OR MORE MONTHS AGO	DON'T REMEMBER	a.	YES 1 NO 2	1	2	3	b.	YES 1 NO 2	1	2	3	c.	YES 1 NO 2	1	2	3	
	EVER	0 - 11 MONTHS AGO	12 OR MORE MONTHS AGO	DON'T REMEMBER																			
a.	YES 1 NO 2	1	2	3																			
b.	YES 1 NO 2	1	2	3																			
c.	YES 1 NO 2	1	2	3																			
1118	<p>CHECK 301: EVER MARRIED <input type="checkbox"/></p> <p>NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/></p> <p>a. जब आप 15 वर्ष की थीं, कबसे क्या आपको आपके (वर्तमान/कोई भी) पति के अलावा किसी अन्य व्यक्ति ने मारा, थपका मारा, चला मारी या कुछ ऐसा किया जिससे आपकी शारीरिक रूप से चोट पहुंची? 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> <p>b. जब आप 15 वर्ष की थीं, कबसे क्या आपको कभी किसी ने मारा, थपका मारा, चला मारी या कुछ ऐसा किया जिससे आपकी शारीरिक रूप से चोट पहुंची? 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>	<p>YES 1 NO 2 REFUSED TO ANSWER/NO ANSWER 3</p>	1121																				
1119	<p>इस तरह से आपको कितने चोट पहुंचाई? कोई अन्य? Who has hurt you in this way? Anyone else? RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>MOTHER/STEP-MOTHER A FATHER/STEP-FATHER B SISTER/BROTHER C DAUGHTER/SON D OTHER RELATIVE E CURRENT BOYFRIEND F FORMER BOYFRIEND G MOTHER-IN-LAW H FATHER-IN-LAW I OTHER IN-LAW J TEACHER K EMPLOYER/SOMEONE AT WORK L POLICE/SOLDIER M OTHER X (SPECIFY)</p>																					
1120	<p>पिछले 12 महीनों में, (इन व्यक्ति/इन व्यक्तियों ने) कितनी बार आपको शारीरिक रूप से चोट पहुंचाई: अक्सर, केवल कभी-कभी, या कभी नहीं? 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 SOMETIMES 2 NOT AT ALL 3</p>																					

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1121	CHECK 201, 226, AND 231: EVER BEEN PREGNANT ('YES' ON 201 OR 226 OR 231) <input type="checkbox"/> NEVER BEEN PREGNANT <input type="checkbox"/>		→ 1124
1122	आपकी गर्भावस्था के दौरान आपको शारीरिक रूप से घोट पहुंचाने के लिए क्या किसी ने कभी आपको मारा, धा पड़ मारा, मारत मारी या कुछ और किया ? Has any one ever hit, slapped, kicked, or done anything else to hurt you physically while you were pregnant?	YES 1 NO 2	→ 1124
1123	कब आप गर्भवती थी तो इस तरह की शारीरिक घोट पहुंचानेवाली घटना किसके द्वारा की गयी? कोई का? Who has done any of these things to physically hurt you while you were pregnant? Anyone else? RECORD ALL MENTIONED.	CURRENT HUSBAND/PARTNER A FORMER HUSBAND/PARTNER B CURRENT/FORMER BOYFRIEND C FATHER/STEP-FATHER D BROTHER/STEP-BROTHER E OTHER RELATIVE F IN-LAW G OWN FRIEND/ACQUAINTANCE H FAMILY FRIEND I TEACHER J EMPLOYER/SOMEONE AT WORK K POLICE/SOLDIER L PRIEST/RELIGIOUS LEADER M STRANGER N OTHER X (SPECIFY)	
1124	CHECK 301: EVER MARRIED <input type="checkbox"/> NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/>		→ 1126
1125	अब मैं आपसे यह जानना चाहूंगी कि फिर ४ में से कोई चरण(आपके/आपके कोई भी) यदि के अलावा किसी और के द्वारा किया गया है। आपके जीवन में किसी भी समय, बचपन में या बचपन होने पर, क्या किसी ने कभी यौन सम्बन्ध के लिए या कोई और यौन किया करने के लिए किसी भी तरह से आपको 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 बचपन होने पर, क्या किसी ने कभी यौन सम्बन्ध के लिए या कोई और यौन किया 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 वे हुआ, वह ४ व्यक्ति यौन 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 01 FORMER HUSBAND 02 CURRENT/FORMER BOYFRIEND 03 FATHER/STEP-FATHER 04 BROTHER/STEP-BROTHER 05 OTHER RELATIVE 06 IN-LAW 07 OWN FRIEND/ACQUAINTANCE 08 FAMILY FRIEND 09 TEACHER 10 EMPLOYER/SOMEONE AT WORK 11 POLICE/SOLDIER 12 PRIEST/RELIGIOUS LEADER 13 STRANGER 14 OTHER 99 (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) यदि के अलावा किसी अन्य व्यक्ति ने आपसे न चाहते हुए भी, शारीरिक रूप 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 आपसे न चाहते हुए भी, शारीरिक रूप 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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1129	CHECK 1107 A (a-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 अपने संबंधित का कोई अनपेक्षित किया के लिए आपको (आपके/आपके कोई भी) पति का कोई अनपेक्षित किया गया तो उस समय अपनी 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 अपने संबंधित का कोई अनपेक्षित 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"/> <input type="text"/> DONT REMEMBER 99	
1131	CHECK 1107 A (a-j), 1117A (a-b), 1118, 1122, 1125, AND 1126: EXPERIENCED ANY VIOLENCE AT LEAST ONE "YES" <input type="checkbox"/> NOT A SINGLE "YES" <input type="checkbox"/>		→ 1137
1132	हमने किन विभिन्न विषयों पर आपके बलबोध की उम्र में से जो चर्चाएं 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 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	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
1135	CHECK 1133: 'H' IS CIRCLED <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 'H' IS NOT CIRCLED <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1137																
1136	<p>अन्य विकल्पित/विभिन्न सहायता हेतु कहाँ गयी थी? कोई अन्य जगह पर नहीं Where did you go for medical help? Anywhere else?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>PUBLIC HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL A</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA B</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY C</p> <p>UNANI D</p> <p>SIDDHA E</p> <p>HOMEOPATHY F</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) G</p> <p>OTHER H</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISPENSARY I</p> <p>UHC/UHP/UFWC J</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC K</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC L</p> <p>SUB-CENTRE/ANM M</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC N</p> <p>CAMP O</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE P</p> <p>ASHA Q</p> <p>OTHER COMMUNITY- BASED WORKER R</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR S</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC T</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL U</p> <p>PVT. DOCTOR/CLINIC V</p> <p>PVT. MOBILE CLINIC W</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA X</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY Y</p> <p>UNANI Z</p> <p>SIDDHA AA</p> <p>HOMEOPATHY AB</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) AC</p> <p>OTHER AD</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>TRADITIONAL HEALER AE</p> <p>PHARMACY/DRUGSTORE AF</p> <p>DAI (TBA) AG</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AH</p> <p>OTHER AX</p> <p>(SPECIFY)</p>																	
1137	कहाँ तक आप जानती हैं, क्या कभी आपके पिता ने आपको सजा भी मारा था? As far as you know, did your father ever beat your mother?	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>																	
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?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES ONCE</th> <th>YES, MORE THAN ONCE</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HUSBAND</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTHER MALE ADULT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMALE ADULT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		YES ONCE	YES, MORE THAN ONCE	NO	HUSBAND	1	2	3	OTHER MALE ADULT	1	2	3	FEMALE ADULT	1	2	3	
	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.	<p>HOUR <input type="text"/></p> <p>MINUTES <input type="text"/></p>																	

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 IUD/PPIUD
- 4 INJECTABLES
- 5 PILL
- 6 CONDOM/NIRODH
- 7 FEMALE CONDOM
- 8 DIAPHRAGM
- F FOAM OR JELLY
- 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
0	05	MAY	08			08	MAY	0
04	APR	09				09	APR	
03	MAR	10				10	MAR	
02	FEB	11				11	FEB	
01	JAN	12				12	JAN	
<hr/>								
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
1	06	JUN	19			19	JUN	1
9	05	MAY	20			20	MAY	9
04	APR	21				21	APR	
03	MAR	22				22	MAR	
02	FEB	23				23	FEB	
01	JAN	24				24	JAN	
<hr/>								
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
1	06	JUN	31			31	JUN	1
8	05	MAY	32			32	MAY	8
04	APR	33				33	APR	
03	MAR	34				34	MAR	
02	FEB	35				35	FEB	
01	JAN	36				36	JAN	
<hr/>								
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
1	06	JUN	43			43	JUN	1
7	05	MAY	44			44	MAY	7
04	APR	45				45	APR	
03	MAR	46				46	MAR	
02	FEB	47				47	FEB	
01	JAN	48				48	JAN	
<hr/>								
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
6	05	MAY	56			56	MAY	6
04	APR	57				57	APR	
03	MAR	58				58	MAR	
02	FEB	59				59	FEB	
01	JAN	60				60	JAN	
<hr/>								
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
5	05	MAY	68			68	MAY	5
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: _____