BIHAR EVALUATION OF SOCIAL FRANCHISING AND TELEMEDICINE (BEST)

SCHEDULE FOR HOUSEHOLD

बिहार इवैलूएशन ऑफ सोशल फ्रेंचाइजिंग एंड टेलीमेडिसिन (बेस्ट)

परिवार अनुसूची

Note to the Investigator: Fill in the items 1 to 10 before visiting the household.
अनुसंधानकर्ता के लिए निर्देशः परिवार के पास भ्रमण से पहले क्रम सं. १ से १० तक भरें।

1) UNIQUE REFERENCE ID युनिक पहचान ☐☐☐☐

2) STATE **BIHAR** राज्यः बिहार

2) DISTRICT जिला _____ ☐☐ 3)BLOCK ब्लॉक _____ ☐☐

4) CLUSTER क्लस्टर _____ ☐☐

5) CODE OF VILLAGE ग्राम का कोड _____

6) CATEGORY: श्रेणी: DIARRHOEA/PNEUMONIA डायरिया/निमोनिया =1,

7) STRUCTURE NO. मकान की संख्या _____

8) HOUSEHOLD NO. परिवार की संख्या _____

9)NAME OF THE RESPONDENT उत्तरदाता का नाम _____

10) CHILD ID. AS PER HH LIST बच्चे की आईडी/पहचान परिवार सूची से ☐☐☐

11) NO. OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE IN HH परिवार में 5 वर्ष की आयु तक के बच्चों की संख्या _____

11A) CHILD ID बच्चे की आईडी ☐☐☐

12) DOB OF THE CHILD बच्चे के जन्म की तिथि _____

13) NAME OF THE CHILD बच्चे का नाम _____

14) NAME OF THE MOTHER माता का नाम _____

15) NAME OF THE HEAD OF THE HOUSEHOLD परिवार के मुखिया का नाम _____

16) PHONE NUMBER(DON'T KNOW / मालूम नहीं = 98; NO PHONE/ फोन नहीं है = 99) फोन सं. (यदि कोई हो)_____

17)VISIT भ्रमण	FINAL VISIT अंतिम बार भ्रमण	18		
DATE तारीख	Day तारीख ☐☐ Month महीना ☐☐ Year वर्ष ☐☐☐☐	TOTAL NUMBER OF VISITS भ्रमण की कुल सं.	☐	
20)INTERVIEWER'S NAME साक्षात्कर्ता का नाम _____				INT. CODE साक्षात्कर्ता कोड
19)RESULT परिणाम	☐☐	☐☐	☐☐	RESULT CODE परिणाम कोड* ☐☐

*RESULT CODES परिणाम कोड		05	REFUSED मना कर दिया
01	Completed पूरा किया	06	HOUSEHOLD VACANT परिवार/घर खाली था
02	NO HOUSEHOLD MEMBER AT HOME OR NO COMPETENT RESPONDENT AT HOME AT TIME OF VISIT भ्रमण के समय परिवार का कोई सदस्य या सक्षम उत्तरदाता मौजूद नहीं था।	07	ADDRESS NOT A HOUSEHOLD पते पर कोई परिवार नहीं था
		08	DWELLING DESTROYED घर नश्ट हो चुका है
03	ENTIRE HH ABSENT FOR EXTENDED PERIOD OF TIME काफी देर तक पूरा परिवार मौजूद नहीं था	09	DWELLING NOT FOUND घर नहीं मिला
04	POSTPONED बाद के लिए टाल दिया गया	10	OTHERS अन्य (SPECIFY उल्लेख करें _____)

SIGNATURE OF THE INVESTIGATOR अनुसंधानकर्ता का हस्ताक्षर _____

SIGNATURE OF THE SUPERVISOR पर्यवेक्षक का हस्ताक्षर _____ SPOT CHECK Y / N कार्यस्थल पर जांचः हां/नहीं
BACK CHECK: Y/ N बाद में जांचः हां/नहीं
DATE दिनांक _____

SIGNATURE OF THE FIELD EDITOR फील्ड संपादक का हस्ताक्षर _____ SPOT CHECK Y / N कार्यस्थल पर जांचः हां/नहीं
BACK CHECK: Y/ N बाद में जांचः हां/नहीं
DATE दिनांक _____

CONSENT FORM

DEAR PARTICIPANT,

YOU ARE BEING ASKED TO TAKE PART IN A BIG STUDY DESIGNED TO UNDERSTAND AND IMPROVE HEALTHCARE BEING DELIVERED FOR GATES FOUNDATION'S FOUR TARGET DISEASES NAMELY DIARRHOEA, ACUTE RESPIRATORY INFECTION, KALA AZAR, AND TUBERCULOSIS, IN RURAL INDIA. WE REPRESENT A GROUP OF RESEARCHERS STUDYING HEALTHCARE PRACTICES IN RURAL INDIA IN PARTNERSHIP WITH THE STATE GOVERNMENT OF BIHAR. WE WANT TO KNOW AND UNDERSTAND THE CONDITIONS OF RURAL HEALTH CARE IN THE PRIVATE SECTOR, THE DIFFICULTIES THAT PROVIDERS FACE IN TRYING TO PROVIDE CARE, AND STRATEGIES TO IMPROVE THE QUALITY OF THE CARE.

प्रिय सहभागी,

आपको एक बड़े अध्ययन में----- जिसे गेट्स फाउंडेशन के चार लक्ष्य रोगों अर्थात् डायरिया, तीव्र श्वसन संक्रमण, काला अजार और ट्यूबरक्युलोसिस के लिए प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य देखरेख को समझने और उसमें सुधार लाने के लिए तैयार किया गया है-भाग लेने के लिए आमंत्रित किया जा रहा है। हम बिहार राज्य सरकार के साथ साझेदारी में ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य देखरेख के तौर-तरीकों पर एक अध्ययन करने वाले शोधकर्ताओं के एक समूह का प्रतिनिधित्व कर रहे हैं। हम यह जानना और समझना चाहते हैं कि निजी क्षेत्र में ग्रामीण स्वास्थ्य देखरेख की क्या स्थितियां हैं, सेवा प्रदाताओं को देखरेख प्रदान करने में किन कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है और देखरेख की गुणवत्ता में सुधार की क्या रणनीतियां हैं।

IN ORDER TO MINIMIZE ANY RISK FOR THE LOSS OF CONFIDENTIALITY, WE WILL MAKE SURE THAT YOUR INFORMATION IS KEPT CONFIDENTIAL. YOUR PARTICIPATION IS VOLUNTARY AND YOU CAN WITHDRAW FROM THE STUDY AFTER HAVING AGREED TO PARTICIPATE. YOU ARE FREE TO REFUSE TO ANSWER ANY QUESTION THAT IS ASKED IN THE QUESTIONNAIRE.

गोपनीयता की क्षति के जोखिम को कम करने के लिए हम यह सुनिश्चित करेंगे कि आपकी जानकारी को गोपनीय रखा जाये। आपकी भागीदारी स्वैच्छिक है। आप भागीदारी के लिए सहमत होने के बाद भी अध्ययन को छोड़ सकते हैं। आप चाहें तो प्रश्नावली से पूछे गये किसी भी प्रश्न का उत्तर देने से मना कर सकते हैं।

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR PROBLEMS WITH THE STUDY, YOU MAY ASK NOW, OR PLEASE CONTACT **MR. SWAPNILSHEKHAR (11- 4056-0734)** OR THE **DUKE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM INSTITUTIONAL REVIEW BOARD (IRB) OFFICE AT 01-919-668-5111.**

यदि इस अध्ययन को लेकर आपके कुछ प्रश्न या समस्याएं हों तो आप अभी पूछ सकती/सकते हैं या कृपया ११-४०५६-०७३४ पर श्री स्वप्निल शेखर से या ०१-९१९-६६८-५१११ पर ड्यूक यूनिवर्सिटी हैल्थ सिस्टम इंस्टीट्यूशनल रिव्यू बोर्ड (आईआरबी) के कार्यालय से संपर्क करें।

BY SIGNING THE STATEMENT BELOW OR BY VERBALLY AGREEING, YOU ARE VOLUNTEERING TO PARTICIPATE IN THIS RESEARCH STUDY.

निम्न वक्तव्य पर हस्ताक्षर करके या मौखिक रूप से अपनी सहमति देकर आप इस शोध अध्ययन में स्वैच्छिक आधार पर भाग लेंगे।

THE PURPOSE OF THIS STUDY, PROCEDURES TO BE FOLLOWED, RISKS AND BENEFITS HAVE BEEN EXPLAINED TO ME AND I AGREE TO BE IN THIS STUDY. I UNDERSTAND THAT I AM FREE TO DISCONTINUE PARTICIPATION AT ANY TIME IF I SO CHOOSE AND THAT THE INVESTIGATOR WILL GLADLY ANSWER ANY QUESTIONS THAT ARISE DURING THE COURSE OF THE RESEARCH.

इस अध्ययन का उद्देश्य, अपनाई जाने वाली पद्धतियां, जोखिम और लाभों के बारे में मुझे बता/समझा दिया गया है और मैं इस अध्ययन में शामिल होने के लिए सहमत हूं। मैं जानता हूं कि मैं जब चाहूं, इस अध्ययन से हट सकता हूं और यह कि इस अनुसंधान के दौरान कोई भी प्रश्न उठने पर अनुसंधानकर्ता सहर्ष उनके उत्तर देगा।

_____	_____	_____
NAME OF SUBJECT (PRINT) उत्तरदाता का नाम (प्रिंट करें)	SIGNATURE OF SUBJECT उत्तरदाता का हस्ताक्षर	DATE दिनांक

I HAVE DISCUSSED WITH _____ THE ABOVE PROCEDURES, EXPLICITLY POINTING OUT POTENTIAL RISKS OR DISCOMFORTS. I HAVE ASKED WHETHER ANY QUESTIONS REMAIN AND HAVE ANSWERED THESE QUESTIONS TO THE BEST OF MY ABILITY. THE SUBJECT VERBALLY AGREED TO PARTICIPATE IN THIS STUDY.

मैंने..... के साथ भावी जोखिमों और असहजता के बारे में स्पष्ट रूप से बताते हुए उपर्युक्त पद्धतियों की चर्चा की। मैंने उनसे कहा कि कोई प्रश्न नूछना चाहे तो पूछ सकते हैं और उन प्रश्नों का अपनी पूर्ण जानकारी/क्षमता के अनुसार उत्तर दिया। उत्तरदाता ने इस अध्ययन में भाग लेने की मौखिक सहमति दी।

_____	_____	_____
PERSON OBTAINING CONSENT (PRINT) सहमति लेने वाले व्यक्ति का नाम (प्रिंट करें)	SIGNATURE OF PERSON OBTAINING CONSENT सहमति लेने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर	DATE दिनांक

SECTION 1: HOUSEHOLD ROSTER

भाग १: पारिवार रोस्टर

INSTRUCTIONS: FIRST FILL IN 104 AND 105 FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS WHO ARE LIVING IN THE HOUSEHOLD.

निर्देश: पहले परिवार मे रहने वाले परिवार के सभी सदस्यों के लिए १०४ और १०५ भरें

					IF AGE 0-14 YEARS अगर उम्र ०–१४ वर्ष है		**IF AGE 15 OR OLDER** अगर उम्र १५ वर्ष से अधिक है	**IF AGE 5 OR OLDER** यदि उम्र ५ या उससे अधिक है			
	101	**102**	**103**	**104**	**105**	**106**	**107**	**108**		**109**	
LINE NO. पंक्ति संख्या	**USUAL RESIDENTS** आम निवासी	**RELATIONSHIP TO HEAD OF HOUSEHOLD** परिवार के मुखिया से संबंध	**SEX** लिंग	**AGE** आयु	**ID OF MOTHER** माता की आईडी	**ID OF FATHER** पिता की आईडी	**MARITAL STATUS** वैवाहिक स्थिति	**EDUCATION** शिक्षा		**ILLNESS AND CARE UTILIZATION** बीमारी और देखरेख का उपयोग	
	PLEASE GIVE ME THE NAMES OF THE PERSONS WHO USUALLY LIVE IN YOUR HOUSEHOLD,STARTING WITH THE HEAD OF THE HOUSEHOLD. घर के मुखिया से शुरू करते हुए कृपया अपने परिवार के सभी सदस्यों के नाम बताएं जो आमतौर पर आपके घर में रहते हैं। DO NOT COUNT GUESTS WHO DO NOT USUALLY LIVE IN THE HOUSEHOLD उन मेहमानों के नाम शामिल न करें जो आमतौर पर आपके परिवार के साथ नहीं रहते। AFTER LISTING THE NAMES AND RECORDING THE RELATIONSHIP FOR EACH PERSON, ASK QUESTIONS **101 A-B** TO BE SURE THAT THE LISTING IS COMPLETE. नामों की सूची बनाने और प्रत्येक व्यक्ति का संबंध दर्ज करने के बाद प्रश्न **१०१ क-ख** पूछें जिससे यह सुनिश्चित हो सके कि सूची पूरी हो गई है। THEN ASK APPROPRIATE QUESTIONS IN COLUMNS102 ONWARDS FOR EACH PERSON उसके बाद प्रत्येक व्यक्ति से प्र. १०२ के आगे के उचित सवाल पूछें।	WHATISTHE RELATIONSHIP OF(NAME)TOTHE HEADOFTHE HOUSEHOLD? (नाम) का परिवार के मुखिया से क्या संबंध है? SEE CODES BELOW. नीचे लिखे कोड देखें	IS (NAME) MALE OR FEMALE? (नाम) पुरुष है या महिला? MALE = 1 पुरुष = १ FEMALE = 2 महिला = २	HOWOLDIS (NAME)AGE? उसकी आयु कितनी है? IN COMPLETED YEARS पूरे वर्षों में IF95 ORMORE, RECORD '95'. यदि आयु ९५ वर्ष से अधिक है तो '९५' लिखें	PLEASE SPECIFY THE ID CODE OF THE MOTHER OF THE CHILD OF AGE 0-14 YEARS? ०–१४ वर्ष आयु के बच्चे की माता का आईडी कोड लिखें 0-NOT APPLICABLE ०–लागू नहीं	PLEASE SPECIFY THE ID CODE OF THE FATHER OF THE CHILD OF AGE 0-14 YEARS? ०–१४ वर्ष आयु के बच्चे के पिता का आईडी कोड लिखें 0-NOT APPLICABLE ०–लागू नहीं	WHATIS (NAME)'S CURRENT MARITAL STATUS? (नाम) की वर्तमान वैवाहिक स्थिति क्या है? 1 = MARRIED OR LIVING TO GETHER 2 = DIVORCED/ SEPARATED 3 = WIDOWED 4 = NEVER-MARRIED AND NEVER LIVED TOGETHER १=विवाहित या साथ रह रहे २=तलाकशुदा/अलग ३=विधवा/ विधुर ४=कभी विवाह नहीं किया न किसी के साथ रहे	CAN (NAME) READ AND WRITE? क्या (नाम) पढ़-लिख सकता/सकती है YES= 1 हां=१ NO=2 नहीं=२	WHAT IS THE NUMBER OF YEARS OF EDUCATION (NAME) HAS COMPLETED? (नाम) ने कितने वर्ष की शिक्षा पूरी कर ली है?	A.HAS (NAME) BEEN SICK IN THE PAST 15 DAYS? ए. क्या (नाम) पिछले १५ दिनों में बीमार हुआ है? YES = 1 NO = 2 (GO TO NEXT RESIDENT) हां=१ नहीं=२ (अगले निवासी पर जायें)	IF YES IN Q109A B.DID (NAME) SEE A HEALTH CARE PROVIDER FOR THIS ILLNESS? यदि प्र. १०९ए. हां है तो बी. क्या (नाम) इस बीमारी के उपचार के लिए किसी डॉक्टर/नीम हकीम के पास गया था? YES = 1 हां=१ NO = 2
01		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
02		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
03		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
04		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐

05		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
06		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
07		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
08		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
09		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
10		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
11		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
12		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
13		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
14		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐
15		☐☐	☐	☐☐			☐	☐	☐☐	☐	☐

101A: JUST TO MAKE SURE THAT I HAVE A COMPLETE LISTING. ARE THERE ANY OTHER PERSONS SUCH AS SMALL CHILDREN OR INFANTS BORN IN THE LAST 60 MONTHS THAT WE HAVE NOT LISTED?
यह सुनिश्चित करने के लिए कि मैंने नामों की सूची पूरी बना ली है, कृपया बताएं कि क्या आपके परिवार में कोई अन्य व्यक्ति, जैसे कि पिछले ६० महीनों में जन्मा कोई छोटा बच्चा या शिशु है, जिसे हमने सूची में शामिल नहीं किया है?

YES ☐ **ADD TO TABLE** → **NO** ☐
हां तालिका में शामिल करें नहीं

101B: ARE THERE ANY OTHER PEOPLE WHO MAY NOT BE MEMBERS OF YOUR FAMILY, SUCH AS DOMESTIC SERVANTS, LODGERS, OR FRIENDS WHO USUALLY LIVE HERE?
क्या कोई अन्य व्यक्ति हैं जो आपके परिवार का सदस्य नहीं हैं, जैसे कि घरेलू नौकर, किराएदार, या मित्र, जो आम तौर पर यहीं रहते हैं

YES ☐ **ADD TO TABLE** → **NO** ☐
हां तालिका में शामिल करें नहीं

CODES FOR Q. 102: RELATIONSHIP TO HEAD OF HOUSEHOLD प्रश्न १०२ के लिए कोडः परिवार के मुखिया से संबंध

01 = HEAD मुखिया
02 = WIFE / HUSBAND पति/पत्नी
03 = SON / DAUGHTER पुत्र/पुत्री
04 = SON-IN-LAW/ DAUGHTER-IN-LAW दामाद/बहू
05 = GRANDSON / GRANDDAUGHTER पोता/पोती
06 = FATHER / MOTHER पिता/माता
07 = PARENT-IN-LAW सास/ससुर
08 = BROTHER / SISTER भाई/बहन
09 = OTHER RELATIVE अन्य रिश्तेदार
10 = ADOPTED / FOSTER / STEP CHILD गोद लिया/पाला हुआ/सौतेला बच्चा
11 = NOT RELATED कोई संबंध नहीं
98 = DON'T KNOW मालूम नहीं

Q. NO. प्र. सं.	QUESTIONS AND FILTERS प्रश्न और फिल्टर्स	CODING CATEGORIES कोडिंग के वर्ग		
110	WHAT IS THE RELIGION OF THE HEAD OF THE HOUSEHOLD? परिवार के मुखिया का धर्म क्या है?	HINDU हिंदू	1	
		MUSLIM मुस्लिम	2	
		CHRISTIAN ईसाई	3	
		SIKH सिख	4	
		BUDDHISM बौद्ध	5	
		JAIN जैन	6	
		NO RELIGION कोई धर्म नहीं	7	
		OTHER (SPECIFY_____) अन्य (उल्लेख करें)	8	
111	WHAT IS THE CASTE/TRIBE OF THE HEAD OF THE HOUSEHOLD? परिवार के मुखिया की जाति/जनजाति क्या है?	GENERAL सामान्य	1	
		SCHEDULED CASTE अनुसूचित जाति	2	
		SCHEDULED TRIBE अनुसूचित जनजाति	3	
		OTHER BACKWARD CASTE अन्य पिछड़ी जाति	4	
		OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	8	
		DO NOT KNOW / CAN'T SAY मालूम नहीं/कह नहीं सकते	9	
112	DO YOU HAVE A BPL CARD OR A RATION CARD? क्या आपके पास बीपीएल कार्ड या राशन कार्ड है?	YES हां	1	2⇨113
		NO नही	2	
112 A	IF ANSWERED YES IN Q112: यदि प्रश्न ११२ का उत्तर 'हां' है तो: PLEASE ASK TO SEE THE CARD AND RECORD THE TYPE OF CARD कृपया कार्ड दिखाने को कहें और कार्ड के प्रकार को दर्ज करें	BPL CARD बीपीएल कार्ड	1	
		BLUE CARD नीला कार्ड	2	
		RED CARD लाल कार्ड	3	
		GREEN CARD हरा कार्ड	4	
		WHITE CARD सफेद कार्ड	5	
		YELLOW CARD पीला कार्ड	6	
		RSBY CARD आरएसबीवाई कार्ड	7	
		CARD NOT SEEN कार्ड नही देखा	8	
		OTHER (SPECIFY) अन्य उल्लेख करें)	9	

113	DID ANY USUAL RESIDENTS OF THIS HOUSEHOLD (INCLUDING CHILDREN) DIE SINCE JANUARY 1, 2009 I.E. IN THE LAST FIVE YEARS? क्या इस परिवार में किसी सदस्य (बच्चों सहित) की मृत्यु एक जनवरी, २००६ के बाद यानी पिछले ५ वर्ष में हुई है, जो आमतौर पर इस घर में रहता हो?	YES..... 1 हां **No ..... 2** नहीं	2⇨ next section अगला भाग
114	HOW MANY PERSONS DIED? कितने व्यक्तियों की मृत्यु हुई?	MALE ☐ पुरुष FEMALE ☐ महिला TOTAL DEATHS ☐☐ कुल मौतें	

	115	116	117	118
LINE NO. पंक्ति सं.	What (Was/Were) the name (s) of the person(s) who died? उन व्यक्ति/व्यक्तियों का/के नाम क्या थे जिनकी मृत्यु हुई?	Was (NAME) a male or a female? (नाम) पुरुष था या महिला? MALE पुरुष = १ FEMALE महिला= २	How old was he/she when died? मृत्यु के समय वह कितने वर्ष का था/थी? RECORD DAYS IF LESS THAN 1 MONTH, MONTHS IF LESS THAN TWO YEARS, OR YEARS यदि एक माह से कम तो दिनों में, यदि दो वर्ष से कम तो महीनों में दर्ज करें नहीं तो वर्षो में दर्ज करें	In what month and year did (NAME) die? (नाम) की मृत्यु किस महीने और वर्ष में हुई?
01		☐	DAYS…….. 1☐☐ दिन MONTHS….2☐☐ माह YEARS…….3☐☐ वर्ष	MONTH….☐☐ माह YEAR.☐☐☐☐ वर्ष
02		☐	DAYS…….. 1☐☐ दिन MONTHS….2☐☐ माह YEARS…….3☐☐ वर्ष	MONTH….☐☐ माह YEAR.☐☐☐☐ वर्ष
03		☐	DAYS…….. 1☐☐ दिन MONTHS….2☐☐ माह YEARS…….3☐☐ वर्ष	MONTH….☐☐ माह YEAR.☐☐☐☐ वर्ष
04		☐	DAYS…….. 1☐☐ दिन MONTHS….2☐☐ माह YEARS…….3☐☐ वर्ष	MONTH….☐☐ माह YEAR.☐☐☐☐ वर्ष

SECTION 2: WHP SERVICES
खंड २: डब्ल्यूएचपी सेवाएं

201	HAVE YOU HEARD OF: क्या आपने इनके बारे में सुना है?		IF NO TO ALL ⇨ next section अगर सबका जवाब नहीं है तो अगले भाग पर जायें।
	SKY HEALTH स्काई स्वास्थ्य INSTRUCTION FOR INTERVIEWER: READ OUT LOUD: (TELEMED, THE PLACE WHERE YOU CAN SEE A CITY DOCTOR THROUGH A MACHINE?) साक्षात्कर्ता के लिये निर्देषः जोर से पढ़ (टेलिमेड, वह स्थान जहां आप एक मषीन के जरिए शहर के डॉक्टर से संपर्क कर सकते हैं)	YES ..... 1 हां NO .....2 नही	
	SKY LIFE (MDOC)? स्काई लाइफ (एमडीओसी)?	YES ..... 1 हां NO .....2 नही	
	SKY CARE INSTRUCTION FOR INTERVIEWER: READ OUT LOUD: WHERE YOU CAN SPEAK WITH A CITY DOCTOR THROUGH A MOBILE PHONE)? साक्षात्कर्ता के लिये निर्देषः जोर से पढ़ें स्काई केयर (जहां आप एक मोबाइल फोन के माध्यम से शहर के डॉक्टर से संपर्क कर सकते हैं)?	YES ..... 1 हां NO ..... 2 नही	
202	HOW DID YOU LEARN ABOUT IT? आपको इसके बारे में कैसे पता चला? MULTIPLE RESPONSE अनेक उत्तर हो सकते हैं	RELATIVES, FRIENDS AND NEIGHBORS .....1 रिश्तेदार, दोस्त और पड़ोसी DRUM BEATING (TOM TOM) / MIKE ANNOUNCEMENTS .....2 डुगडुगी/माइक पर घोषणा LOCAL MARKET/WEEKLY .....3 स्थानीय/साप्ताहिक हाट-बाजार PAMPHLETS/POSTERS/WALL PAINTINGS .....4 पर्चे/पोस्टर/वाल पेंटिंग NGOS/COMMUNITY WORKER .....5 एनजीओ/समुदाय कार्यकर्ता SELF HELP GROUP/MEMBERS .....6 स्वयं सहायता समूह/सदस्य **HEALTH PROVIDER** स्वास्थ्य प्रदाता ANM .....7 एएनएम ASHA .....8 आशा AANGANWADI WORKER .....9 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता LOCAL NEWSPAPER-REGIONAL 10	

		स्थानीय अखबार - क्षेत्रीय NATIONAL NEWSPAPER.....11 राष्ट्रीय अखबार RADIO.....12 रेडियो TELEVISION.....13 टेलीविजन FILM SHOWS OR AUDIO VISUAL.....14 फिल्म शो या ऑडियो शो POLITICAL / RELIGIOUS COMMUNITY LEADERS.....15 राजनीतिक/धार्मिक/समुदाय नेता IEC CAMPS.....16 आईईसी शिविर WORD OF MOUTH.....17 एक से सुनकर दूसरे को बताना LOCAL GOVERNMENT OFFICIALS/BDO/MEDICAL OFFICER.....18 स्थानीय सरकार का अधिकारी/बीडीओ/चिकित्सा अधिकारी PANCHAYAT MEMBERS/MEMBER OF HEALTH COMMITTEE (NRHM).....19 पंचायत सदस्य/स्वास्थ्य समिति का सदस्य (एनआरएचएम) OTHER.....20 अन्य	
203	WHAT ACCORDING TO YOU ARE THE SERVICES THEY OFFER? आपके अनुसार वे क्या सेवाएं देते हैं? MULTIPLE RESPONSE अनेक उत्तर हो सकते हैं	FAMILY PLANNING.....1 परिवार नियोजन IMMUNIZATION.....2 टीकाकरण ANTENATAL CARE/CHECK-UP.....3 प्रसवपूर्व देखरेख/जांच DELIVERY/DELIVERY CARE.....4 प्रसव/प्रसव संबंधी देखरेख POSTNATAL CARE.....5 प्रसवोत्तर देखरेख DISEASE PREVENTION.....6 रोगों की रोकथाम MEDICAL TREATMENT FOR SELF (BASIC ILLNESS-DIARRHOEA, PNEUMONIA, TB, KALA AZAR OR /MINOR INJURY).....7 स्वयं के लिए चिकित्सा उपचार (बुनियादी बीमारियां-डायरिया, निमोनिया, टीबी, काला अजार या छोटीमोटी चोट) MEDICAL TREATMENT FOR SELF (LONG TERM ILLNESS/MAJOR INJURY).....8 स्वयं के लिए चिकित्सा उपचार (दीर्घकालिक बीमारियां/बड़ी चोटें) MEDICAL TREATMENT FOR CHILD (BASIC ILLNESS-DIARRHOEA, PNEUMONIA, TB, KALA AZAR OR MINOR INJURY).....9 बच्चे के लिए चिकित्सा उपचार (बुनियादी बीमारियां-डायरिया, निमोनिया, टीबी, काला अजार या छोटीमोटी चोट) MEDICAL TREATMENT FOR CHILD (LONG TERM ILLNESS/MAJOR INJURY).....10 बच्चे के लिए चिकित्सा उपचार (दीर्घकालिक बीमारियां/बड़ी चोटें) MEDICAL TREATMENT FOR OTHER PERSON (BASIC ILLNESS-DIARRHOEA, PNEUMONIA, TB, KALA AZAR OR MINOR INJURY).....11	

		अन्य लोगो के लिए चिकित्सा उपचार (बुनियादी बीमारियां-डायरिया, निमोनिया, टीबी, काला अजार या छोटीमोटी चोट) MEDICAL TREATMENT FOR OTHER PERSON (LONG TERM ILLNESS/MAJOR INJURY).....12 अन्य लोगो के लिए चिकित्सा उपचार (दीर्घकालिक बीमारियां/बड़ी चोटें) GROWTH MONITORING OF CHILD.....13 बच्चे के शारीरिक विकास की मॉनीटरिंग HEALTH CHECK-UP .....14 स्वास्थ्य जांच OTHERS *(SPECIFY)* .....99 अन्य (उल्लेख करें)	
204	ARE YOU INTERESTED IN USING THEIR SERVICES? क्या आप उनकी सेवाएं लेने में दिलचस्पी रखते हैं?	YES हां .....1 NO नहीं..... 2 DON'T KNOW / DON'T WANT TO ANSWER…..99 मालूम नहीं/उत्तर नहीं देना चाहते	1⇨Q206
205	(IF NO) WHY NOT? (यदि नहीं) तो क्यों? **MULTIPLE RESPONSE** अनेक उत्तर हो सकते हैं	1. DISTANCE TO FACILITY सुविधा तक की दूरी 2. TOO EXPENSIVE इलाज काफी महंगा है 3. TIME CONSUMING TO WAIT इंतजार में काफी समय लगता है 4. LACK OF AVAILABLE FACILITIES उपलब्ध सेवाओं का अभाव 5. MISTRUST OF THEIR HEALTH SERVICES PROVISION उनके स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था में विश्वास नहीं हैं 6. BELIEF SYSTEM विश्वास करने की रीति 7.NO DRUGS AVAILABLE कोई दवा उपलब्ध नहीं 8. OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	
206	HAVE YOU EVER SOUGHT ANY ADVICE/ TREATMENT FOR ANY ILLNESS FROM THERE? क्या आपने किसी बीमारी के लिए वहां से सलाह/उपचार लिया है?	YES .....1 हां NO .....2 नहीं	2⇨Q208
207	(IF ANSWERED YES IN Q206) FOR WHAT SERVICE DID YOU VISIT THE FACILITY? (यदि प्र. २०६ का उत्तर 'हां' है तो) आप किस इलाज के लिए सुविधा में गई/गये थे? ANY OTHER SERVICE? कोई अन्य सेवा? **MULTIPLE RESPONSE** अनेक उत्तर हो सकते हैं	FAMILY PLANNING.....1 परिवार नियोजन IMMUNIZATION.....2 टीकाकरण ANTENATAL CARE/CHECK-UP .....3 प्रसवपूर्व देखरेख/जांच DELIVERY/DELIVERY CARE .....4 प्रसव/प्रसव संबंधी देखरेख POSTNATAL CARE.....5 प्रसवोत्तर देखरेख DISEASE PREVENTION.....6 रोगों की रोकथाम MEDICAL TREATMENT FOR SELF (BASIC ILLNESS-DIARRHOEA, PNEUMONIA, TB, KALA AZAR OR /MINOR INJURY).....7	

		स्वयं के लिए चिकित्सा उपचार (बुनियादी बीमारियां-डायरिया, निमोनिया, टीबी, काला अजार या छोटीमोटी चोट) MEDICAL TREATMENT FOR SELF (LONG TERM ILLNESS/MAJOR INJURY).....8 स्वयं के लिए चिकित्सा उपचार (दीर्घकालिक बीमारियां/बड़ी चोटें) MEDICAL TREATMENT FOR CHILD (BASIC ILLNESS-DIARRHOEA, PNEUMONIA, TB, KALA AZAR OR MINOR INJURY).....9 बच्चे के लिए चिकित्सा उपचार (बुनियादी बीमारियां-डायरिया, निमोनिया, टीबी, काला अजार या छोटीमोटी चोट) MEDICAL TREATMENT FOR CHILD (LONG TERM ILLNESS/MAJOR INJURY).....10 बच्चे के लिए चिकित्सा उपचार (दीर्घकालिक बीमारियां/बड़ी चोटें) MEDICAL TREATMENT FOR OTHER PERSON (BASIC ILLNESS-DIARRHOEA, PNEUMONIA, TB, KALA AZAR OR MINOR INJURY).....11 अन्य लोगों के लिए चिकित्सा उपचार (बुनियादी बीमारियां-डायरिया, निमोनिया, टीबी, काला अजार या छोटीमोटी चोट) MEDICAL TREATMENT FOR OTHER PERSON (LONG TERM ILLNESS/MAJOR INJURY).....12 अन्य लोगो के लिए चिकित्सा उपचार (दीर्घकालिक बीमारियां/बड़ी चोटें) GROWTH MONITORING OF CHILD.....13 बच्चे के शारीरिक विकास की मॉनीटरिंग HEALTH CHECK-UP .....14 स्वास्थ्य जांच OTHERS *(SPECIFY)* .....99 अन्य (उल्लेख करें)	
208	DO YOU KNOW ANYONE WHO HAS SOUGHT ADVICE / TREATMENT FOR ANY ILLNESS FROM THERE? क्या आप किसी ऐसे व्यक्ति को जानती/जानते हैं जिसने वहां से सलाह/उपचार लिया हो?	YES हां .....1 NO नहीं.....2	
209	HAVE YOU EVER SEEN SKY BRAND MEDICATIONS? क्या आपने कभी स्काई ब्राण्ड की दवाईयां देखी हैं?	YES हां .....1 NO नहीं.....2	2⇨Q301
210	IF YES, HAVE YOU EVER PURCHASED SKY BRAND MEDICATIONS? अगर हां, तो क्या आपने कभी स्काई ब्राण्ड की दवाईयां खरीदी हैं?	YES हां .....1 NO नहीं.....2	1⇨Q301
211	WHY HAVE YOU NEVER PRUCHASED MEDICATIONS? आपने कभी स्काई ब्राण्ड की दवाईयां क्यों नहीं खरीदी? MULTIPLE RESPONSE अनेक उत्तर हो सकते हैं	NEVER NEEDED कभी जरूरत नहीं पड़ी .....1 TOO EXPENSIVE बहुत महंगी है .....2 DON'T TRUST QUALITY उनकी गुड़वत्ता पर विश्वास नहीं है.3 PREFER ALTERNATIVE BRAND दूसरी ब्राण्ड पसन्द करते हैं। .....4 OTHERS (SPECIFY) अन्य उल्लेख करें.....99	

CHILD'S NAME: _____ CHILD'S LINE NUMBER (FROM HOUSEHOLD ROSTER):_____
बच्चे का नाम बच्चे की पंक्ति संख्या (परिवार रोस्टर से)

SECTION 3: DIARHHOEA(FOR CHILD EXACTLY 5 YEARS OF AGE OR BELOW)
भाग ३: डायरिया (ठीक पांच वर्ष या उससे कम आयु के बच्चे के लिए)

*THIS QUESTIONNAIRE IS TO BE ADMINISTERED TO ALL MOTHERS OR CARETAKERS WHO TAKE CARE FOR A CHILD THAT LIVES WITH THEM AND IS**EXACTLY 5 YEARS OF AGE OR BELOW**.*
इस प्रश्नावली के प्रश्न उन सभी माताओं या देखरेखकर्ताओं से उस बच्चे के बारे में पूछे जायेंगे जो उनके साथ रहता है और ठीक पांच वर्ष या उससे कम आयु का है।

A SEPARATE QUESTIONNAIRE SHOULD BE USED FOR EACH ELIGIBLE CHILD.
हर अर्ह बच्चे के लिए एक अलग प्रश्नावली का उपयोग किया जायेगा।

Q. NO. प्र.सं.	**QUESTIONS** प्रश्न	**CODE** कोड			**SKIP** छोड़ें
301.	IN THE LAST TWO WEEKS, HAS (*NAME*) HAD DIARRHOEA (LOOSE WATERY STOOLS)? पिछले दो सप्ताह में क्या (नाम) को डायरिया (पतला पैखाना) हुआ है?	YES.....1 हां NO.....2 नहीं DK.....99 मालूम नहीं			2⇨ NEXT SECTION 88⇨NEXT SECTION अगला भाग
301 A	DURING THIS EPISODE OF ILLNESS, DID (NAME) HAVE 3 OR MORE WATERY OR LOOSE STOOLS IN A DAY? इस बीमारी के दौरान क्या (नाम) को एक दिन में ३ या उससे अधिक बार पनियल या पतली टट्टी आई थी?	YES.....1 हां NO.....2 नहीं DK.....99 मालूम नहीं			
302.	DURING THIS EPISODE OF ILLNESS DID (NAME) HAVE ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS? इस बीमारी के दौरान क्या (नाम) में निम्नलिखित लक्षण दिखाई दिये थे?	YES हां	NO नहीं	DON'T KNOW मालूम नहीं	
A	ENCOPRESIS (LOSS OF BOWEL CONTROL OR SOILING) असंयत पुरीषता (बिना नियंत्रण यानी बिना जाने पतला पैखाना या पैंट गंदा करना)	1	2	99	
B	BLOOD IN THE STOOL शौच के साथ खून	1	2	99	
C	FEVER बुखार	1	2	99	
D	PERSISTENT VOMITING लगातार उलटी	1	2	99	
E	SUNKEN EYES आंखों का धंसना	1	2	99	
F	THE CHILD BECOME LETHARGIC बच्चे का सुस्त होना	1	2	99	
303.	HOW MANY DAYS AGO DID THE FIRST OF THESE SYMPTOMS BEGIN? इनमें से पहला लक्षण कितने दिन पहले प्रकट हुआ था?	NO. OF DAYS _____ दिनों की संख्या			
304.	ARE THE SYMPTOMS STILL PRESENT? क्या ये लक्षण अभी भी मौजूद हैं?	YES हां.....1 NO नहीं.....2			1⇨Q305A
305	IF NO IN Q304, HOW MANY DAYS DID THE SYMPTOMS LAST? यदि ३०४ का उत्तर नहीं है तो ये लक्षण कितने दिनों तक बने रहे?	NO. OFDAYS_____ दिनों की संख्या			
305A	WAS (NAME) BEING BREASTFED WHEN THIS EPISODE OF ILLNESS BEGAN?	YES.....1			2⇨ Q306

	जब यह बीमारी शुरू हुई तो क्या (नाम) स्तनपान कर रहा था?	हां **No .....2** नहीं	
305B	DID YOU CONTINUE BREASTFEEDING (NAME) DURING THE EPISOD OF ILLNESS? क्या आपने बीमारी के दौरान (नाम) को स्तनपान कराना जारी रखा?	YES.....1 हां **No .....2** नहीं	
306	DURING THE TIME (*NAME*) HAD DIARRHOEA, DID THE CHILD FEEL MORE THIRSTY THAN USUAL? जिस दौरान (नाम) को डायरिया था तब क्या उसे रोज से अधिक प्यास लगती थी?	LESS कम .....1 ABOUT THE SAME लगभग उतना ही.....2 MORE अधिक .....3 DK मालूम नहीं .....99 NOT APPLICABLE लागू नहीं.....98	
307	DURING THE TIME (*NAME*) HAD DIARRHOEA, WAS HE/SHE GIVEN LESS THAN USUAL TO DRINK, ABOUT THE SAME AMOUNT, OR MORE THAN USUAL? जिस दौरान (नाम) को डायरिया था क्या उसे पीने के लिए उतना ही दियाए जितना रोज देती थी या कम दिया , या ज्यादा दिया गया?	LESS कम .....1 ABOUT THE SAME लगभग उतना ही.....2 MORE अधिक .....3 NOTHING TO DRINK कुछ नहीं .....4 DK मालूम नहीं .....99 NOT APPLICABLE लागू नहीं.....98	
308	DURING THE TIME (*NAME*) HAD DIARRHOEA, DID THE CHILD FEEL MORE HUNGRY THAN USUAL? जिस दौरान (नाम) को डायरिया था तब क्या उसे रोज से अधिक भूख लगती थी?	LESS कम .....1 ABOUT THE SAME लगभग उतना ही.....2 MORE अधिक .....3 DK मालूम नहीं 99	
309.	DURING THE TIME (*NAME*) HAD DIARRHOEA, WAS HE/SHE GIVEN LESS THAN USUAL TO EAT, ABOUT THE SAME AMOUNT, MORE THAN USUAL, OR NOTHING TO EAT? जिस दौरान (नाम) को डायरिया था तब क्या उसे खाने के लिए उतना ही दिया गया जितना रोज देती थी या फिर कम दिया या ज्यादा?	LESS कम .....1 ABOUT THE SAME लगभग उतना ही.....2 MORE अधिक .....3 STOPPED FOOD खाना बंद कर दिया था....4 NEVER GAVE FOOD कभी खाना नहीं दिया.५ DK मालूम नहीं 99	
310	DID YOU SEEK ANY ADVICE/TREATMENT FOR DIARRHOEA FROM ANY SOURCE FOR THE CHILD क्या आपने किसी से डायरिया के लिए सलाह/उपचार लिया?	YES हां.....1 NO नहीं ..... 2 DK मालूम नहीं 99	1⇨Q311A
311	IF NO, PLEASE SPECIFY THE REASON FOR NOT SEEKING TREATMENT FOR DIARRHOEA यदि नहीं तो डायरिया के लिए उपचार न करने का कारण बतायें	COULD NOT GET AWAY FROM WORK .1 काम से फुरसत नहीं मिली DID NOT HAVE MONEY.....2 पैसा नहीं था THERE IS NO DOCTOR/HEALTH FACILITY NEARBY .....3 आसपास कोई डाक्टर/स्वास्थ्य सुविधा नहीं है WAS NOT SERIOUS.....4 रोग गम्भीर नहीं था DK मालूम नहीं .....88 OTHERS (SPECIFY) .....99 अन्य (उल्लेख करें)	AFTER ANSWERING Q311, GO TO Q330 प्र० ३११ के बाद प्र० ३३० पर जायें
311A	HOW MANY DAYS AFTER THE SYMPTOMS BEGAN, DID YOU FIRST SEEK ADVICE/TREATMENT? बीमारी के लक्षण शुरू होने के कितने दिन बाद आपने परामर्श/उपचार प्राप्त किया? IF THE SAME DAY RECORD 00 अगर उसी दिन तो ०० दर्ज करें	☐☐ DAYS दिन	

	312 A	313	314	315	316	317	318	319	319 A	320
LINE NO पंक्ति सं.	PLEASE GIVE ME THE NAMES OF THE PERSONS FROM WHOM YOU SOUGHT ADVICE OR THE PROVIDERS YOU VISITED FOR TREATMENT, STARTING WITH THE FIRST PERSON OR PROVIDER YOU VISITED. जिन व्यक्तियों या इलाज करने वालों के पास आप सलाह लेने या इलाज या झाड़-फूंक कराने गए, उनके नाम बताएं। कृपया उस व्यक्ति का नाम पहले बताएं, जिसके पास आप इलाज या सलाह के लिए सबसे पहले गए। इसके बाद उसी क्रम में उनके नाम बताएं। AFTER LISTING THE INDIVIDUALS AND PROVIDERS, ASK QUESTION**312A**TO BE SURE THAT THE LISTING IS COMPLETE. व्यक्तियों या डॉक्टरों या इलाज करने वालों की सूची बनाने के बाद यह सुनिश्चित करने के लिए कि लिस्ट पूरी हो गई है, प्र. ३१२ ए पूछें। **IN CHRONOLOGICAL ORDER** कालक्रमानुसार (जिनके पास पहले इलाज के लिए गए हों, उनका नाम पहले लिखें।)	IS THIS PERSON A MEDICAL PROVIDER? क्या व्यक्ति डॉक्टर या इलाज करने वाला है? YES= 1 (1⇨321) हां=१ NO=2 नहीं	WAS THIS PERSON EVER A MEDICAL PROVIDER? क्या व्यक्ति कभी डॉक्टर रहा था या लोगों का इलाज करता था? YES= 1 हां No=2 नहीं	PLEASE SPECIFY THE RELATIONSHIP OF THE PERSONS WHOM YOU ASKED FOR ADVICE ON THE CHILD'S ILLNESS जिन व्यक्तियों से आपने बच्चे की बीमारी के बारे में सलाह मांगी उनके साथ आपका क्या संबंध है? SEE CODES BELOW नीचे दिये कोड देखें	WHAT WAS THE ADVICE GIVEN? क्या सलाह दी गई SEE CODES BELOW नीचे दिये कोड देखें MULTIPLE RESPONSE अनेक उत्तर	DID YOU FOLLOW THIS ADVICE? क्या आपने सलाह का पालन किया? YES= 1 हां No=2 नहीं	DID THE SYMPTOMS IMPROVE? क्या रोग के लक्षणों में सुधार आया? SEE CODES BELOW नीचे दिये कोड देखें	HOW MUCH DID YOU SPEND ON THIS TREATMENT, APPROXIMATELY (RS.) आपने उपचार पर लगभग कितना पैसा खर्च किया? (रु. में)	DID YOU BUY SKY BRAND MEDICINE? क्या आपने स्काई ब्रॉंड दवाई खरीदी YES= 1 हां No=2 नहीं DK=2 मालूम नहीं	DID THIS PERSON REFER YOU TO A MEDICAL PROVIDER? क्या उस व्यक्ति ने आपको किसी डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास रेफर किया? YES= 1 हां No=2 नहीं
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										

CODES FOR Q315

प्रश्न ३१५ के लिए कोड

01 = WIFE / HUSBAND पत्नी/पति

02 = OTHER RELATIVE अन्य रिश्तेदार

03 = NON-RELATIVES/FRIENDS/NEIGHBOURS कोई रिश्तेदार नहीं/मित्र/पड़ौसी

99=OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)

CODES FOR Q316

प्रश्न ३१६ के लिए कोड

01 = FLUID FROM ORS PACKET ओआरएस पैकेट का घोल बनाकर

02 = PRE-PACKAGED ORS GRUEL ओआरएस बना-बनाया घोल, दलिया

03 = HOMEMADE ORS FLUID घर में बना ओआरएस का घोल

04 = ZINC TABLET जिंक की गोली

05= ZINC SACHET जिंक पैकेट

06 = ZINC SYRUP जिंक की सिरप

07 = PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC गोली या सिरप, एंटीबायोटिक्स

08 = NON-ANTIBIOTIC SYRUP गैर-एंटीबायोटिक सिरप

09 = ANTIMOTILITY एंटीमोटिलिटी

10 = HOME REMEDY, HERBAL MEDICINE घरेलू उपचार, जड़ी-बूटी

11= IV LINE आईवी लाइन

12 = PILLS CRUSHED TO POWDER AND WRAPPED IN PAPER गोली का चूरा कागज में लपेटा हुआ

13= UNKNOWN INJECTION अज्ञात इंजेक्शन

14 = DISPESIBLE TABLETS डिस्पर्सिबल गोलियां

15= SEE MEDICAL PROVIDER चिकित्सा प्रदाता के पास गये

16=NOTHING कुछ नहीं

88=OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)

CODES FOR Q318

प्रश्न ३१८ के लिए कोड

01 = CHILD RECOVERED FULLY बच्चा पूरी तरह स्वस्थ हो गया

02 = CHILD IMPROVED SOMEWHAT बच्चे की हालत में थोड़ा सुधार आया

03 = CHILD DID NOT IMPROVE AT ALL OR GOT WORSE बच्चे की हालत में बिल्कुल सुधार नहीं आया, हालत और बिगड़ गई

04 = CHILD ADMITTED TO HOSPITAL बच्चे को अस्पताल में भरती कराया

05 = CHILD DIED बच्चे की मृत्यु हो गई

FOR ALL PROVIDERS VISITED (IF CODE 1 IN Q313)

उन सभी इलाज करने वालों के लिए जिनके पास गये (यदि ३१३ में कोड १ है)

	321	322	322 A	322B	323		324									325
					HOW LONG DID YOU HAVE TO WAIT BEFORE YOU RECEIVED THE SERVICE YOU WENT FOR? जो सेवा (इलाज या परामर्श) लेने गये, उसे पाने के लिए आपको कितना इंतजार करना पड़ा?		WHAT DID THE CARE INCLUDE? देखरेख में क्या शामिल था?									
LINE NO. पंक्ति सं.	PROVIDER CODE इलाज करने वाले का कोड (OBTAINED FROM LIST GENERATED BY PROVIDER SURVEY) (डॉक्टरों या दूसरे इलाज करने वालों के सर्वेक्षण से मिली लिस्ट से कोड लें।)	WHAT IS THE CATEGORY OF PROVIDER? इलाज करने या परामर्श देने वाला किस श्रेणी का है? **SEE CODES BELOW** नीचे के कोड देखें	WHERE WAS THE PROVIDER LOCATED इलाज करने या परामर्श देने वाला कहां स्थित था 1 = INSIDE CATCHMENT कैचमेंट क्षेत्र के अंदर 2= OUTSIDE CATCHMENT कैचमेंट क्षेत्र के बाहर	WHO WENT TO THE PROVIDER? डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास कौन गया था? 1 = YOURSELF ALONG WITH THE CHILD 2= OTHER(S) ALONG WITH THE CHILD 3= YOURSELF WITHOUT THE CHILD 4= OTHER(S) WITHOUT THE CHILD ९: आप खुद, बच्चे के साथ २: कोई और, बच्चे के साथ	MINUTES =1; मिनट HOURS = 2; घंटा NO WAIT AT ALL = 995; कोई इंतजार नहीं किया DID NOT RECEIVE SERVICE = 996 सेवा नहीं ली CANT SAY = 998 कह नहीं सकते=९९८	**ASK ONLY IF CODES 1 OR 2 IN Q323A** तभी पूछें जब प्र. ३२३ए में कोड १ या कोड २ हो SPECIFY MINUTES OR HOURS मिनट या घंटों का उल्लेख करें	A. MEDICINES RECOMMENDED (LIST ALL MEDICINES RECOMMENDED BY EACH DOCTOR) ए. जिन दवाओं की सलाह दी (**हर** डॉक्टर द्वारा सुझाई गई **सभी** दवाओं की सूची दें) A. LIST ALL MEDICINES AND TREATMENTS RECOMMENDED सभी सुझाई गई दवाईयां और इलाज बतायें। **USE PILL CHART. MULTIPLE RESPONSE**	AA. DID YOU ALREADY HAVE THIS MEDICINE AT HOME? क्या दवाई पहले से आपके घर में थी? 1= YES हां 2= NO नहीं 99= DON'T KNOW मालूम नहीं	AB. WAS THIS MEDICINE SKY BRAND MEDICINE? क्या यह दवाई स्काई ब्रॉड की दवाई थी? YES= 1 हां No=2 नहीं DON'T KNOW = 8 मलूम	B. TOTAL NO. OF DAYS EACH MEDICINE WAS TAKEN हर दवा कितने दिन तक दी गई। दिनों की संख्या बताएं।	C. NO. OF TIMES EACH MEDICINE WAS TAKEN IN A DAY सी. बच्चे ने एक दिन में हर दवा कितनी बार ली। संख्या बताएं।	D. DID THIS PROVIDER HOSPITALIZE THE CHILD क्या इस डॉक्टर या इलाज करने वाले ने बच्चे को अस्पताल में भर्ती कराया YES= 1 हां No=2 नहीं (2⇨324G)	**E. IF YES,** THEN FOR HOW MANY DAYS? यदि हां तो कितने दिनों के लिए? ⇨325	F. IF NO, DID THIS PROVIDER REFER YOU TO HIGHER LEVEL CARE? अगर नही ंतो क्या इस इलाज करने वाले ने आपको और अच्छे उपचार के लिये रेफर किया? 1= YES हां 2= NO नहीं (2⇨325)	G. DID YOU VISIT THE PROVIDER TO WHICH YOU WERE REFERRED? जिस इलाज करने वाले के पास आपको रेफर किया गया था क्या आप उसके पास गये थे? 1= YES हां 2= NO नहीं	DID THE SYMPTOMS IMPROVE? क्या लक्षणों में सुधार आया? **SEE CODES BELOW** नीचे के कोड देखें

				३: आप बच्चे के बिना ४: कोई और, बच्चे के बिना			दवाइयां पिलचार्ट का उपयोग करें। एक से ज्यादा उत्तर संभव									
01	PROVIDER1 सेवा प्रदाता१															
02	PROVIDER 2 सेवा प्रदाता२															
03	PROVIDER 3 सेवा प्रदाता३															
04	PROVIDER 4 सेवा प्रदाता४															
05	PROVIDER 5 सेवा प्रदाता५															
06	PROVIDER 6 सेवा प्रदाता६															
07	PROVIDER 7 सेवा प्रदाता७															
08	PROVIDER 8															

	सेवा प्रदाता८															
09	PROVIDER 9 सेवा प्रदाता९															

CODES FOR Q322

प्रश्न ३२२ के लिए कोड

01 = GOVERNMENT DOCTOR/HOSPITAL 02 = SKY NETWORK PROVIDER 03 = Private clinic with MBBS/MD etc. 04 = INFORMAL PROVIDER/ JHOLA CHAAP DR

05 =PHARMACY OR MEDICAL STORE 06 =AYUSH doctor 07 = SERVICE PROVIDER LIKE ANM/ASHA/AWW

08 =DON'T KNOW 09 = DON'T REMEMBER

१: सरकारी डॉक्टर/अस्पताल २: स्काई नेटवर्क का डॉक्ट/सेवा प्रदाता ३: निजी/प्राईवेट डॉक्टर एमबीबीएस/एमडी ४: मोहल्ले का डॉक्टर/झोला छाप डॉक्टर ५: दवाई की दुकान वाला ६:आयूश डॉक्टर ७: आशा/एएनएम/कोई अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ८: मालुम नहीं ९: याद नहीं

CODES FOR Q324A

प्रश्न ३२४ के लिए कोड

01 = FLUID FROM ORS PACKET ओआरएस पैकेट का घोल बनाकर

02 = PRE-PACKAGED ORS GRUEL ओआरएस बना-बनाया घोल, दलिया

03 = HOMEMADE ORS FLUID घर में बना ओआरएस का घोल

04 = ZINC TABLET जिंक की गोली

05= ZINC SACHET जिंक पैकेट

06 = ZINC SYRUP जिंक की सिरप

07 = PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC गोली या सिरप, एंटीबायोटिक्स

08 = NON-ANTIBIOTIC SYRUP गैर-एंटीबायोटिक सिरप

09 = ANTIMOTILITY एंटीमोटिलिटी

10 = HOME REMEDY, HERBAL MEDICINE घरेलू उपचार, जड़ी-बूटी

11= IV LINE आईवी लाइन

12 = PILLS CRUSHED TO POWDER AND WRAPPED IN PAPER गोली का चूरा कागज में लपेटा हुआ

13=UNKNOWN INJECTION अज्ञात इंजेक्शन

14 = DISPESIBLE TABLESTS डिस्पर्सिबल गोलियां

15=NOTHING कुछ नहीं

88=OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)

CODES FOR Q325

प्रश्न ३२५ के लिए कोड

01 = CHILD RECOVERED FULLY बच्चा पूरी तरह स्वस्थ हो गया

02 = CHILD IMPROVED SOMEWHAT बच्चे की हालत में थोड़ा सुधार आया

03 = CHILD DID NOT IMPROVE AT ALL OR GOT WORSE बच्चे की हालत में बिल्कुल सुधार नहीं आया, हालत और बिगड़ गई

04 = CHILD ADMITTED TO HOSPITAL बच्चे को अस्पताल में भरती कराया

05 = CHILD DIED बच्चे की मृत्यु हो गई

	326	327	328					329				
LINE NO. पंक्ति सं.	PLEASE SPECIFY THE TOTAL NO. OF VISITS TO THE PROVIDER कृपया बताएं कि डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास कुल कितनी बार गये?	HOW MUCH TIME DID YOU SPEND ON TRAVELLING (TO AND FROM) TO THE PROVIDER? डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास आने-जाने में कुल कितना समय लगा? CANT SAY = 998 कह नहीं सकते=९९८	WHAT WAS THE TOTAL COST OF THE TREATMENT? (INCLUDE ATTENDANT COSTS)(IN RS.) इलाज में कुल कितना खर्च हुआ?(तीमारदार या देखभाल के लिए साथ जाने वाले पर हुए खर्च को मिलाकर) (रु. में)					PLEASE RATE THE LEVEL OF SATISFACTION ON A SCALE OF 1 TO 5 FOR THE TREATMENT BY THE PROVIDER. डॉक्टर के उपचार से आप कितना संतुष्ट हैं, उसे १ से ५ के पैमाने पर अंक दें **STRONGLY DISAGREE=1, DISAGREE=2, NEUTRAL=3, AGREE=4, STRONGLY AGREE=5** पूरी तरह अहसमत=१, असहमत=२, तटस्थ=३, सहमत=४, पूरी तरह सहमत=५ CANT SAY = 998 कह नहीं सकते=९९८				
			A. CONSULTATION, MEDICINES, AND TESTS ए. परामर्श, दवाएं और जांचें	B. TRAVEL यात्रा	**C. IF APPLICABLE** HOSPITALIZATION CHARGES INCLUDING FOOD, ACCOMMODATION ETC. यदि लागू हो तो भोजन और रहने की जगह पर हुए खर्च आदि को मिलाकर अस्पताल में भरती होने पर हुआ खर्च	D. ANY OTHER COST? कोई अन्य खर्च	E. TOTAL COST कुल खर्च	A.THIS PROVIDER HAS ALL THE MEDICINES NEEDED BY YOU ए. इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास आपके लिए सभी दवाएं थीं ।	B.THE DOCTOR GAVE YOU COMPLETE INFORMATION ABOUT YOUR ILLNESS बी. डॉक्टर ने आपको बीमारी के बारे में पूरी जानकारी दी	C.PROVIDER STAFF TALK POLITELY सी. डॉक्टर या इलाज करने वाले के कर्मचारियों ने नम्रता के साथ बात की	D.YOU ARE GIVEN ENOUGH TIME TO TELL THE DOCTOR EVERYTHING डी. आपको पूरा समय दिया गया था कि आप डाक्टर को सारी बातें सही से बता पाए।	E.THE CLEANLINESS OF THE FACILITIES IS ADEQUATE ई. उन अस्पतालों/ क्लीनिकों/ डिस्पेंसरियों में पर्याप्त (काफी) सफाई थी
01		minutes….. 1 मिनट……९ ☐☐ hours….2☐☐ घंटे……2										
02		minutes….. 1 मिनट……९ ☐☐ hours….2☐☐ घंटे---------2										

03		minutes….. 1 मिनट……१ ☐☐ hours….2☐ ☐ घंटे---------2☐										
04		minutes….. 1 मिनट……१ ☐☐ hours….2☐ ☐ घंटे---------2										
05		minutes….. 1 मिनट……१ ☐☐ hours….2☐ ☐ घंटे---------2										
06		minutes….. 1 मिनट……१ ☐☐ hours….2☐ ☐ घंटे---------2										
07		minutes….. 1 मिनट……१ ☐☐ hours….2☐ ☐ घंटे---------2										
08		minutes….. 1 मिनट……१ ☐☐ hours….2☐ ☐ घंटे---------2										
09		minutes….. 1										

		मिनट.....१ ☐☐ hours….2☐ ☐ घंटे---------2										

312A: JUST TO MAKE SURE THAT I HAVE A COMPLETE LISTING, ARE THERE ANY OTHER PERSONS SUCH AS FRIENDS, NEIGHBORS, RELATIVES, PHARMACISTS, DOCTORS OR NURSES FROM WHOM YOU SOUGHT ADVICE FOR THE CHILD'S ILLNESS?

३१२ए: यह सुनिश्चित करने के लिए आपकी लिस्ट पूरी हो गई है, पूछें - क्या मित्र, संबंधी, फार्मासिस्ट, डॉक्टर या नर्स जैसे कोई और व्यक्ति भी हैं, जिनसे आपने बच्चे की बीमारी के संबंध में सलाह मांगी।

YES ☐ **ADD TO TABLE** **NO** ☐

हां लिस्ट में जोड़ें नहीं

330	DID YOU UNDERTAKE ANY SELF-TREATMENT FOR DIARRHOEA OF THE CHILD? क्या आपने बच्चे के डायरिया का खुद भी इलाज किया?	YES .....1 हां NO .....2 नहीं			2⇨Q333
330A	IF YES: WHEN DID YOU SELF-TREAT THE CHILD अगर हां: आपने बच्चे का इलाज खुद कब किया था? **MULTIPLE RESPONSE** अनेक उत्तर सम्भव	BEFORE SEEKING CARE.....1 दूसरे से इलाज करवाने से पहले WHILE SEEKING CARE .....2 दूसरे से इलाज करवाने के दौरान AFTER SEEKING CARE .....3 दूसरे से इलाज करवाने के बाद SELF TREAT ONLY, DID NOT SEEK CARE.....4 सिर्फ खुद इलाज किया, दूसरों से नहीं करवाया			
331	WHAT WAS THE SPECIFIC MEDICINE GIVEN TO THE CHILD FOR DIARRHHOEA DURING SELF-TREATMENT? जब आपने खुद इलाज किया तो डायरिया के लिए बच्चे को क्या विशेष दवा दी गई?	Yes हां	No नहीं	WAS THE MEDICINE SKY BRAND? क्या दवाई स्काई ब्रॉड की थी? 1 = YES; 2 = NO १=हां; २=नहीं 99= Don't know ९९=मालूम नहीं	TOTAL NO. OF DOSES OF ORS/ZINC TAKEN दिये गये ओआरएस/जिंक की खुराकों की कुल संख्या
	FLUID FROM ORS PACKET ओआरएस पैकेट का घोल	1	2		
	PRE-PACKAGED ORS GRUEL पहले से पैक (बना-बनाया) ओआरएस का दलिया	1	2		
	HOMEMADE ORS FLUID घर पर बना ओआरएस का घोल	1	2		
	ZINC TABLET जिंक की गोलियां	1	2		
	ZINC SYRUP जिंक का सिरप	1	2		
	PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC गोली या सिरप एंटीबायोटिक	1	2		
	NON-ANTIBIOTIC SYRUP गैर-एंटीबायोटिक सिरप	1	2		
	ANTIMOTILITY एंटीमोटिलिटी	1	2		
	HOME REMEDY, HERBAL MEDICINE घरेलू उपचार, जड़ी-बूटी	1	2		
	IV LINE आईवी लाइन	1	2		
	INJECTIONS इंजेक्शंस	1	2		
	OTHER(SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	1	2		

332	HOW MUCH DID YOU SPEND ON THESE ITEMS APPROXIMATELY? (INCLUDE THOSE PURCHASED BEFORE, DURING AND SINCE SEEKING TREATMENT/ADVICE, IF APPLICABLE) इन चीजों पर आपने लगभग कितना खर्च किया? (यदि लागू हो तो उपचार/सलाह प्राप्त करने से पहले और उसके बाद खरीदी गई दवाओं पर खर्च शामिल करें)	IN RUPEES _____ रु. में	
333	DID/DO YOU BUY ANY SUPPLEMENTS FOR DIET OF THE CHILD BECAUSE OF THE DIARRHEA, FOR EXAMPLE VITAMINS, MEAT, ENERGY DRINKS, SOFT DRINKS, FRUITS OR MEDICINES? क्या डायरिया होने की वजह से आपने बच्चे की खुराक के लिए पूरक पदार्थ खरीदे थे/खरीदते हैं? जैसे कि विटामिन, मांस, एनर्जी ड्रिंक, सॉफ्ट ड्रिंक, फल या दवाएं	YES हां .....1 NO नहीं 2	2⇨Q336
334	IF YES, WHAT KIND OF ITEMS? (SPECIFY ALL THAT APPLY) यदि हां तो किस प्रकार के पदार्थ (जो खरीदे हों, उनका उल्लेख करें) **MULTICODE POSSIBLE** अनेक कोड संभव हैं	FRUITS .....1 फल DRINKS .....2 पेय VITAMINS/HERBS .....3 विटामिन/जड़ी-बूटी MEAT .....4 मंस VEGETABLES.....5 सब्जियां OTHER (SPECIFY) .....6 अन्य (उल्लेख करें)	
335	HOW MUCH DID YOU SPEND ON THESE ITEMS APPROXIMATELY? इन चीजों पर आपने लगभग कितना पैसा खर्च किया?	IN RUPEES _____ रु. में...	
336	HOW MANY DAYS WAS THE CHILD NOT ABLE TO ENGAGE IN HIS USUAL ACTIVITY DUE TO THE ILLNESS? बीमारी के कारण बच्चे के रोजमर्रा के काम-काज/खेलकूद का कितने दिनों का नुकसान हुआ था?	NO. OF DAYS _____ दिनों की संख्या	
337	HOW MANY DAYS WAS THE CHILD NOT ABLE TO ATTEND THE SCHOOL? कितने दिन (बच्चे का नाम) स्कूल नहीं जा सका था?	NO. OF DAYS _____ दिनों की संख्या **CODE 99 IF NOT ENROLLED** ९९ कोड करें अगर बच्चे का नाम स्कूल में नहीं लिखा है?	

338	HOW MANY FULL DAYS OF WORK DID THE ATTENDANT MISS DUE TO THE ILLNESS? बच्चे की बीमारी के कारण तीमारदार (देखभाल करने वाले) के कितने ऐसे दिन निकले, जब उसके काम-काज का पूरे दिनों का नुकसान हुआ था ?	NO. OF DAYS _____ दिनों की संख्या	
339	HOW MANY LESS THAN FULL DAYS OF WORK DID THE ATTENDANT MISS DUE TO THE CHILD'S ILLNESS? बच्चे की बीमारी के कारण तीमारदार (देखभाल करने वाले) के कितने ऐसे दिन निकले जब उसके काम-काज का **पूरे से कम दिनों** का नुकसान हुआ था?	NO. OF DAYS _____ दिनों की संख्या	

340	WHAT SOURCES OF YOUR OWN OR YOUR HOUSEHOLD MONEY DID YOU RELY ON TO PAY FOR THE HEALTH RELATED COSTS, INCLUDING HEALTH CARE COSTS, MEDICINE, REMEDIES AND SUPPLEMENTS? बीमारी के दौरान देखरेख में आने वाले खर्चे, दवा, इलाज और पूरक (सप्लीमेंट्स) मिलाकर सभी तरह के खर्चों के लिए पैसे का इंतजाम खुद के या परिवार किस साधन/स्रोत की मदद से किया था? ENTER AMOUNT IN RUPEES. IF DON'T REMEMBER SOURCE, USE "OTHER" राशि को रुपयों में **लिखें।** यदि स्रोत याद नहीं तो "अन्य" का उपयोग करें		YES हां	NO नहीं	AMOUNT राशि
		1= REDUCED SAVINGS बचत के पैसे से दिये	1	2	RS_____ रुपये
		2= REDUCED CONSUMPTION / REGULAR MONTHLY EXPENDITURES उपभोग/नियमित मासिक खर्च में कमी	1	2	RS_____ रुपये
		3=CHILDREN DROPPED OUT FROM SCHOOL बच्चों को स्कूल से निकाल लिया	1	2	RS_____ रुपये
		4=SOLD JEWELLERY AND HOUSEHOLD GOODS गहने और घर के सामान बेचे	1	2	RS _____ रुपये
		5=SOLD LIVESTOCK मवेशी बेचे	1	2	RS_____ रुपये
		6=REDUCED OR DELAYED INVESTMENTS निवेश कम किये या उनमें देरी की	1	2	RS_____ रुपये
		7=MORTGAGED ASSETS परिसंपत्तियों को गिरवी रखा	1	2	RS_____ रुपये
		8=BORROWED MONEY पैसा उधार लिया	1	2	RS_____ रुपये
		9=GOVERNMENT PROGRAMS सरकारी कार्यक्रम	1	2	RS_ रुपये
		10=PRIVATE INSURANCE निजी बीमा	1	2	RS_____ रुपये

		11=GIFTS FROM NEIGHBOURS / FRIENDS / RELATIVES पड़ौसियों/मित्रों/रिश्तेदारों से उपहार			1	2	RS_____ रुपये
		12= TREATMENT ON CREDIT FROM DOCTOR (DOCTOR SAID TO PAY LATER) डॉक्टर ने कहा बाद में पैसे दे देना।			1	2	
		13= PAYED IN KIND किसी चीज के बदले			1	2	
		14=OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)			1	2	RS_____ रुपये

341	IF CODED 8 I.E. BORROWED MONEY, PLEASE SPECIFY THE SOURCE OF THE BORROWING, ELSE GO TO NEXT SECTION यदि "८" का कोड है यानी उत्तर पैसा उधार लिया, तो उधार लेने के स्रोत का उल्लेख करें, नहीं तो अगले भाग पर जायें	YES हां	NO नहीं	AMOUNT IN RS. राशि रु. में	RATE OF INTEREST (IN %) ब्याज की दर (प्रतिशत में)		ALREADY REPAID? पहले ही चुका दिया? YES हां =1 NO नहीं = 2
					DURATION अवधी	RATE (IN %) दर (प्रतिशत में)	
	PERSON-TO-PERSON LOANS व्यक्ति से व्यक्ति को कर्ज	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2 वार्षिक		
	BANK / COMMERCIAL LENDER बैंक/व्यावसायिक ऋणदाता	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2 वार्षिक		
	TRADITIONAL MONEY LENDER पारंपरिक ऋणदाता या साहूकार/महाजन	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2 वार्षिक		
	EMPLOYER मालिक या नौकरी देने वाले से	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2 वार्षिक		
	OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	1	2		Monthly…..1 मासिक		

342	IF BORROWED MONEY TRHOUGH PERSON-TO-PERSON LOANS, PLEASE SPECIFY THE SOURCE OF THE BORROWING. यदि किसी व्यक्ति से कर्ज लिया है तो कृपया कर्ज के स्रोत का उल्लेख करें	01 = WIFE / HUSBAND पत्नी/पति 02 = OTHER RELATIVE अन्य रिश्तेदार 03 = NON-RELATIVES/FRIENDS/NEIGHBOURS गैर-रिश्तेदार/मित्र/पड़ौसी 98 = DON'T KNOW मालूम नहीं 99=OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)

CHILD'S NAME: _____ CHILD'S LINE NUMBER (FROM HOUSEHOLD ROSTER):_____
बच्चे का नाम बच्चे की पंक्ति संख्या (परिवार रोस्टर से)

SECTION 4: PNEUMONIA (FOR CHILD EXACTLY 5 YEARS OF AGE OR BELOW)
भाग ४: निमोनिया (ठीक पांच वर्ष या उससे कम आयु का बच्चा)

THIS QUESTIONNAIRE IS TO BE ADMINISTERED TO ALL MOTHERS OR CARETAKERS WHO TAKE CARE FOR A CHILD THAT LIVES WITH THEM AND IS ***EXACTLY 5 YEARS OF AGE OR BELOW.***
इस प्रश्नावली के प्रश्न उन माताओं या देखरेख करने वालों से पूछे जायेंगे, जो उस बच्चे की देखरेख करते हैं जो उनके साथ रहता है और ठीक पांच वर्ष या उससे कम आयु का है।

A SEPARATE QUESTIONNAIRE SHOULD BE USED FOR EACH ELIGIBLE CHILD.
प्रत्येक अर्ह बच्चे के लिए अलग प्रश्नावली का उपयोग किया जायेगा।

401	AT ANY TIME IN THE LAST TWO WEEKS, HAS (*NAME*) HAD AN ILLNESS WITH A FEVER ? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी **बुखार** के साथ कोई बीमारी हुई थी?	YES हां ..... 1 NO नहीं ..... 2 DK मालूम नहीं.....99	IF NO IN BOTH Q401 & Q402 यदि प्रश्न ४०१ और ४०२ का उत्तर नहीं है तो ⇨ next section अगले भाग पर जायें
402	AT ANY TIME IN THE LAST TWO WEEKS, HAS (*NAME*) HAD AN ILLNESS WITH A COUGH? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी **खांसी** के साथ कोई बीमारी हुई थी?	YES हां ..... 1 NO नहीं ..... 2 DK.....99	
402A	IF YES IN 301 AND YES IN EITHER 401 OR 402: WAS THE CHILD SICK WITH DIARRHEA AT THE SAME TIME AS THE FEVER OR COUGH? यदि ३०१ का उत्तर हां है और ४०१ या ४०२ में से किसी का उत्तर हां है तोः क्या बच्चे को डायरिया (पतला पैखाना) उसी समय था जब बच्चे को बुखार या खांसी थी?	YES हां ..... 1 हां NO नहीं ..... 2 नहीं DK 99	
403	WAS THE CONDITION OF THE CHILD SIMILAR TO THAT SEEN IN THIS VIDEO क्या बच्चे की स्थिति ऐसी ही थी जैसी इस वीडीओ में दिखाई गई है? (PLEASE SHOW THE VIDEO OF THE UPPER RESPIRATORY INFECTION) (कृपया ऊपरी श्वसन संक्रमण का वीडीओ दिखायें)	YES हां ..... 1 हां NO नहीं ..... 2 नहीं DK 99	1⇨Q405 १⇨४०५ 88⇨Q405 ८८⇨४०५
404	IF CODED 'NO' IN Q403, PLEASE SPECIFY WHY (NAME) IS NOT SIMILAR TO THE CHILD IN THE VIDEO? यदि प्र. ४०३ में "नहीं" का कोड है तो कृपया बतायें कि बच्चे की स्थिति वीडीओ में दिखाई गई स्थिति से किस तरह अलग है?		

405	WAS (NAME) DIAGNOSED WITH PNEUMONIA? क्या (नाम) को निमोनिया होने का पता चला था?	YES हां ..... 1 NO नहीं ..... 2 DK .....88 मालूम नहीं	
406	WHEN (*NAME*) HAD AN ILLNESS WITH A COUGH, DID HE/SHE BREATHE FASTER THAN USUAL WITH SHORT, RAPID BREATHS OR HAVE DIFFICULTY IN BREATHING? जब (नाम) को खांसी के साथ बीमारी हुई तो क्या उसकी सांस कम समय की, तीव्र सांसों के साथ सामान्य से तेज चल रही थी या उसे सांस लेने में दिक्कत हो रही थी?	YES हां ..... 1 NO नहीं ..... 2 DK .....88 मालूम नहीं	2⇨Q408 88⇨Q408
407	WAS THE FAST OR DIFFICULT BREATHING DUE TO A PROBLEM IN THE CHEST OR A BLOCKED OR RUNNY NOSE? क्या तेजी से और कठिनाई से सांस लेने का कारण छाती में कोई समस्या थी या नाक बंद होने या बहने के कारण थी?	PROBLEM IN CHEST ONLY ..... 1 केवल छाती में समस्या BLOCKED OR RUNNY NOSE ONLY ..... 2 केवल बंद या बहती नाक BOTH ..... 3 दोनों OTHER (*SPECIFY*) ..... 99 अन्य (उल्लेख करें) DK मालूम नहीं..... 88	
408	HOW MANY DAYS AGO DID THE FEVER/COUGH/RAPID BREATHING START? बुखार/खांसी/सांस तेज चलने की शुरूआत कितने दिन पहले हुई?	FEVER बुखार ☐☐DAYS दिन COUGH खांसी ☐☐DAYS दिन RAPID BREATHING तेजी से सांस लेना ☐☐DAYS दिन	
409	IS THE CHILD STILL SICK WITH THE FEVER OR COUGH? क्या बच्चे को अभी भी बुखार या खांसी है?	FEVER ONLY ..... 1 केवल बुखार है COUGH ONLY ..... 2 केवल खांसी है BOTH ..... 3 दोनों हैं NO NEITHER..... 4 दोनों में से कोई नहीं DK..... 88 मालूम नहीं	IF CODED 3⇨Q411 यदि ३ का कोड है तो प्र. ४११ पर जायें
410	IF CODED 1OR 2 OR 4 IN Q409, HOW MANY DAYS DID THE FEVER AND COUGH LAST?	FEVER ☐☐ DAYS बुखार दिन COUGH ☐☐ DAYS खांसी दिन	

	यदि प्र. ४०६ में १ या २ या ४ का कोड है तो बतायें कि बुखार या खांसी कितने समय तक रही		
411	DURING THE TIME (*NAME*) HAD COUGH AND RAPID BREATHING, WAS HE/SHE GIVEN LESS THAN USUAL TO DRINK, ABOUT THE SAME AMOUNT, OR MORE THAN USUAL? जब (नाम) को खांसी थी और उसकी सांस तेज चल रही थी, तब उसे पीने के लिए जितना रोज देते थे उतना ही पीने को दिया या कम दिया या ज्यादा ?	LESS कम ..... 1 ABOUT THE SAME लगभग उतना ही ..... 2 MORE अधिक ..... 3 NOTHING TO DRINK कुछ नहीं ..... 4 DK मालूम नहीं ..... 88 NOT APPLICABLE लागू नहीं 98	
412	DURING THE TIME (*NAME*) HAD COUGH AND RAPID BREATHING, WAS HE/SHE GIVEN LESS THAN USUAL TO EAT, ABOUT THE SAME AMOUNT, MORE THAN USUAL, OR NOTHING TO EAT? जब (नाम) को खांसी थी और उसकी सांस तेज चल रही थी तब उसे खाने के लिए जितना रोज देते थे उतना ही खाने को दिया या कम दिया या ज्यादा या फिर खाने को कुछ भी नहीं दिया गया?	LESS कम ..... 1 ABOUT THE SAME लगभग उतना ही ..... 2 MORE अधिक ....3 STOPPED FOOD खाना बंद कर दिया था .....4 NEVER GAVE FOOD कभी खाना नहीं दिया .....५ DK मालूम नहीं 88	
413	DID YOU SEEK ANY ADVICE OR TREATMENT FOR THE ILLNESS FROM ANY SOURCE? क्या आपने किसी भी स्रोत या व्यक्ति से किसी प्रकार की सलाह/उपचार लिया था?	YES हां ..... 1 NO नहीं ..... 2 DK मालूम नहीं.....88	1⇨Q415 प्र. ४१५ पर जायें
414	IF NO, PLEASE SPECIFY THE REASON FOR NOT SEEKING TREATMENT FOR ILLNESS. यदि नहीं तो बीमारी के लिए उपचार न लेने के कारण बतायें।	COULD NOT GET AWAY FROM WORK ..... 1 काम से फुरसत नहीं मिली DID NOT HAVE MONEY ..... 2 पैसा नहीं था THERE IS NO DOCTOR/HEALTH FACILITY NEARBY ..... 3 आसपास कोई डॉक्टर/स्वास्थ्य सुविधा नहीं थी WAS NOT SERIOUS ..... 4 रोग गंभीर नहीं था OTHERS (SPECIFY) ..... 99 अन्य (उल्लेख करें)	AFTER ANSWERING उत्तर देने के बाद Q414, GO TO Q435
415	HOW MANY DAYS AFTER THE SYMPTOMS BEGAN, DID YOU FIRST SEEK ADVICE/TREATMENT? बीमारी के लक्षणों की शुरुआत के कितने दिन बाद आपने सलाह ली/उपचार कराया? IF THE SAME DAY RECORD 00 अगर उसी दिन तो ०० दर्ज करें	☐☐ DAYS दिन	

	416	417	418	419	420	421	422	423	423 A	424
LINE NO पंक्ति सं.	PLEASE GIVE ME THE NAMES OF THE PERSONS FROM WHOM YOU SOUGHT ADVICE AND THE PROVIDERS YOU VISITED FOR TREATMENT, STARTING WITH THE FIRST PERSON OR PROVIDER YOU VISITED. जिन व्यक्तियों या इलाज करने वालों के पास आप सलाह लेने या इलाज कराने गए, उनके नाम बताएं। कृपया उस व्यक्ति का नाम पहले बताएं, जिसके पास आप इलाज या सलाह के लिए सबसे पहले गए। इसके बाद उसी क्रम में उनके नाम बताएं। AFTER LISTING THE INDIVIDUALS AND PROVIDERS, ASK QUESTIONS **416A** TO BE SURE THAT THE LISTING IS COMPLETE. व्यक्तियों या इलाज करने वालों की लिस्ट बनाने के बाद यह सुनिश्चित करने के लिए कि लिस्ट पूरी हो गई है, प्र. ४१६ ए पूछें। **IN CHRONOLOGICAL ORDER** कालक्रमानुसार (उनका नाम पहले लिखें, जिनके पास पहले उपचार या सलाह के लिए गए हों।)	WAS THIS PERSON A MEDICAL PROVIDER? क्या व्यक्ति डॉक्टर या इलाज करने वाला है? YES हां = 1 हां (1⇨Q425) NO नहीं =2 नहीं	WAS THIS PERSON EVER A MEDICAL PROVIDER? क्या व्यक्ति कभी डॉक्टर रहा था या लोगों का इलाज करता था? YES= 1 हां No=2 नहीं	PLEASE SPECIFY THE RELATIONSHIP OF THE PERSONS WHOM YOU ASKED FOR ADVICE ON THE CHILD'S ILLNESS **SEE CODES BELOW** जिस व्यक्तिें से आपने बच्चे की बीमारी के बारे में सलाह मांगी उसके साथ आपका क्या संबंध है? SEE CODES BELOW नीचे दिये कोड देखें	WHAT WAS THE ADVICE GIVEN? क्या सलाह दी गई SEE CODES BELOW नीचे दिये कोड देखें MULTIPLE RESPONSE अनेक उत्तर	DID YOU FOLLOW THIS ADVICE? क्या आपने सलाह का पालन किया? YES= 1 हां No=2 नहीं	DID THE SYMPTOMS IMPROVE? क्या रोग के लक्षणों में सुधार आया SEE CODES BELOW नीचे दिये कोड देखें	HOW MUCH DID YOU SPEND ON THIS TREATMENT, APPROXIMATELY (RS.) आपने इस उपचार पर लगभग कितना पैसा खर्च किया? (रु. में)	DID YOU BUY SKY BRAND MEDICINE? क्या आपने स्काई ब्रॉड दवाई खरीदी YES= 1 हां No=2 नहीं DON'T KNOW = 8 मालूम नहीं	DID THIS PERSON RECOMMEND YOU SEEK MEDICAL CARE? क्या उस व्यक्ति ने आपको किसी डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास रेफर किया? YES= 1 हां No=2 न्हीं
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										

CODES FOR Q419

प्रश्न ४१६ के लिए कोड

01 = WIFE / HUSBAND पत्नी/पति 02=OTHER RELATIVE अन्य रिश्तेदार 09 = NON-RELATIVES/FRIENDS/NEIGHBOURS कोई रिश्तेदार नहीं/मित्र/पड़ौसी

99=OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)

CODES FOR Q420

प्रश्न ४२० के लिए कोड

01 = PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC पिल या सिरप एंटीबायोटिक	02 = NON-ANTIBIOTIC SYRUP गैर-एंटीबायोटिक सिरप	03 = WHP BRANDED ANTIBIOTIC डब्ल्यूएचपी ब्रांडिड एंटीबायोटिक	04 = INJECTION इंजेक्शन	05 = ANTI-MALARIALS एंटी-मलेरियाई
06 = PARACETAMOL/PANADOL/ACETAMINOPHEN पैरासिटामोल/पैनाडोल/एसिटामिनोफिन	07 = ASPIRIN एस्पिरिन	08 = IBUPROFEN इबुप्रोफिन	09 = DISPERSIBLE TABLETS डिस्पर्सिबल गोलियां	
10 = IV FLUID आईवी तरल	11 = NEBULIZER निबूलाइजर	12 = NOTHING कुछ नहीं	88=OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	99 = DK मालूम नहीं

CODES FOR Q422

प्रश्न ४२२ के लिए कोड

01 = CHILD RECOVERED FULLY बच्चा पूरी तरह स्वस्थ हो गया

02 = CHILD IMPROVED SOMEWHAT बच्चे की हालत में थोड़ा सुधार आया

03 = CHILD DID NOT IMPROVE AT ALL OR GOT WORSE बच्चे की हालत में बिल्कुल सुधार नहीं आया, हालत और बिगड़ गई

04 = CHILD ADMITTED TO HOSPITAL बच्चे को अस्पताल में भरती कराया

05 = CHILD DIED बच्चे की मृत्यु हो गई

FOR ALL PROVIDERS VISITED (IF CODE 1 IN Q417)

उन सभी सेवा प्रदाताओं के लिए जिनके पास गये (यदि ४१७ में कोड १ है)

	425	426	426 A	426B	427		428							
LINE NO. पंक्ति सं.	PROVIDER CODE इलाज करने वाले का कोड (OBTAINED FROM LIST GENERATED BY PROVIDER SURVEY) (डॉक्टरों या दूसरे इलाज करने वालों के सर्वेक्षण से मिली लिस्ट से कोड लें।)	WHAT IS THE CATEGORY OF PROVIDER? इलाज करने या परामर्श देने वाला किस श्रेणी का है? **SEE CODES BELOW** नीचे दिए गए कोड देखें (बी)	WHERE WAS THE PROVIDER LOCATED सेवा प्रदाता कहां स्थित था? 1 = INSIDE CATCHMENT कैचमेंट क्षेत्र के अंदर 2= OUTSIDE CATCHMENT कैचमेंट क्षेत्र के बाहर	WHO WENT TO THE PROVIDER? डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास कौन गया था? 1 = YOURSELF ALONG WITH THE CHILD 2= OTHER(S) ALONG WITH THE CHILD 3= YOURSELF WITHOUT THE CHILD 4= OTHER(S) WITHOUT THE CHILD १: आप खुद, बच्चे के साथ २: कोई और, बच्चे के साथ ३: आप बच्चे के बिना ४: कोई और, बच्चे के बिना	HOW LONG DID YOU HAVE TO WAIT BEFORE YOU RECEIVED THE SERVICE YOU WENT FOR? जो सेवा (इलाज या परामर्श) लेने गये, उसे पाने के लिए आपको कितना इंतजार करना पड़ा?		WHAT DID THE CARE INCLUDE? देखरेख में क्या शामिल था?							
							A. MEDICINES RECOMMENDED (LIST ALL MEDICINES RECOMMENDED BY EACH DOCTOR SPECIFY BRAND) ए. डॉक्टर द्वारा सुझाई गईं दवाएं (हर डाक्टर द्वारा सुझाई गईं दवाए का या उनके ब्रांड का नाम बताएं)					ASK ONLY FOR ANTIBIOTICS केवल एंटीबायोटिक के लिए पूछें		G. DID THE CARE INCLUDE TESTS? क्या देखरेख में जांचें भी शामिल थीं? YES= 1 हां No=2 नहीं
					MINUTES =1; HOURS = 2; NO WAIT AT ALL = 995; DID NOT RECEIVE SERVICE = 996 CANT SAY = 998 मिनट=१; घंटे=२; कोई इंतजार नहीं करना पड़ा=९९५ सेवा नहीं मिल सकी=९९६ कह नहीं सकते=९९८	**ASK ONLY IF CODES 1 OR 2 IN Q427A** तभी पूछें जब प्र. ४२७ए में १ या २ का कोड हो SPECIFY MINUTES OR HOURS मिनटों या घंटों का उल्लेख करें,	A. MEDICINES **USE PILL CHART. MULTIPLE RESPONSE** दवाएं पिल चार्ट का उपयोग करें। एक से ज्यादा उत्तर संभव	B. DID YOU ALREADY HAVE THIS DRUG AT HOME? क्या यह दवा पहले से आपके घर पर थी? YES = 1 हां NO=1 न्हीं	BA. WAS THIS MEDICINE SKY BRAND MEDICINE? क्या यह दवाई स्काई ब्रॉड की दवाई थी? YES= 1 हां No=2 नहीं DON'T KNOW = 8 मलूम	C. TOTAL NO. OF DAYS EACH MEDICINE WAS TAKEN हर दवा कुल कितने दिन ली गई?	D. NO. OF TIMES EACH MEDICINE WAS TAKEN IN A DAY हर दवा एक दिन में कितनी बार ली गई?	E. DID THE CHILD TAKE THE ANTIBIOTIC FOR AS LONG AS THE DOCTOR RECOMMENDED? क्या बच्चे ने एंटीबायोटिक दवा तब तक ली जब तक के लिये डॉक्टर ने बोला था??	F. IF "NO", WHY WAS THE ANTIBIOTIC DISCONTINUED EARLY? यदि 'नहीं' तो उसने एंटीबायोटिक लेना बीच में क्यो छोड़ दिया था? **SEE CODES BELOW** नीचे के कोड्स देखें	
01	PROVIDER1													

	सेवा प्रदाता१												
02	PROVIDER 2 सेवा प्रदाता२												
03	PROVIDER 3 सेवा प्रदाता३												
04	PROVIDER 4 सेवा प्रदाता४												
05	PROVIDER 5 सेवा प्रदाता५												
06	PROVIDER 6 सेवा प्रदाता६												
07	PROVIDER 7 सेवा प्रदाता७												
08	PROVIDER 8 सेवा प्रदाता८												
09	PROVIDER 9 सेवा प्रदाता९												

CODES FOR Q426

प्रश्न ४२६ के लिए कोड

01 = GOVERNMENT DOCTOR/HOSPITAL 02 = SKY NETWORK PROVIDER 03 = Private clinic with MBBS/ MD etc 04 = INFORMAL PROVIDER/ JHOLA CHAAP DR05 =PHARMACY OR MEDICAL STORE 06 =AYUSH doctor 07 = SERVICE PROVIDER LIKE ANM/ASHA/AWW 08 =DON'T KNOW 09 = DON'T REMEMBER १: सरकारी डॉक्टर/अस्पताल २: स्काई नेटवर्क का डॉक्ट/सेवा प्रदाता ३: निजी/प्राईवेट डॉक्टर एमबीबीएस/एमडी ४: मोहल्ले का डॉक्टर/झोला छाप डॉक्टर ५: दवाई की दुकान वाला ६: आयूश डॉक्टर ७: आशा/एएनएम/कोई अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ८: मालुम नहीं ९: याद नहीं

CODES FOR Q428A

01 = PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC
गोली या सिरप एंटीबायोटिक

02 = NON-ANTIBIOTIC SYRUP
गैर-एंटीबायोटिक सिरप

03 = WHP BRANDED ANTIBIOTIC
डब्ल्यूएचपी ब्रांडिड एंटीबायोटिक

04 = INJECTION
इंजेक्शन

05 = ANTI-MALARIALS
एंटी-मलेरियाई

06 = PARACETAMOL/PANADOL/ACETAMINOPHEN
पैरासिटामोल/पैनाडोल/एसिटामिनोफिन

07 = ASPIRIN
एस्पिरिन

08 = IBUPROFEN
इबुप्रोफिन

09 = DISPERSIBLE TABLETS
डिस्पर्सिबल गोलियां

10 = IV FLUID
आईवी तरल

11 = NEBULIZER
निबूलाइजर

12 = NOTHING
कुछ नहीं

88=OTHERS (SPECIFY)
अन्य (उल्लेख करें)

99 = DK मालूम नहीं

CODES FOR Q428F

प्रश्न ४२८ए के लिए कोड

01 = CHILD REFUSED THE MEDICINE 02 = CHILD WAS UNABLE TO TAKE FLUIDS BY MOUTH 03 = CHILD VOMITED OR HAD ABDOMINAL PAIN

बच्चे ने दवा लेने से मना किया

04 = CHILD DEVELOPED RASH
बच्चे के शरीर पर चकत्ते उभर आये

बच्चा मुंह से घोल को नहीं ले पाया

05 = PARENT THOUGHT THAT LESSER DURATION WAS SUFFICIENT
माता-पिता ने सोचा कि कम समय तक दवा देना ही पर्याप्त है

बच्चे को उल्टी हो गई और पेट में दर्द था

99 = OTHER अन्य

	428				429	430	431	432	433				
LINE NO. पंक्ति सं.	WHAT DID THE CARE INCLUDE? देखरेख में क्या शामिल था?				DID THE SYMPTOMS IMPROVE? क्या रोग के लक्षणों में सुधार आया? **SEE CODES BELOW** नीचे के कोड्स देखें	IF CODED 2, 3 OR 4: यदि २,३ या ४ का कोड है तो WHAT SYMPTOMS REMAIN? कौन से लक्षण बने रहे? COUGH = 1 खांसी FEVER = 2 बुखार FAST AND DIFFICULT BREATHING = 3 तेज और कठिनाई से सांस आना OTHER = 4 अन्य **MULTIPLE RESPONSE** अनेक उत्तर	PLEASE SPECIFY THE TOTAL NO. OF VISITS TO THE PROVIDER इलाज करने वाले या डॉक्टर के पास आप कितनी बार गए?	HOW MUCH TIME DID YOU SPEND ON TRAVELLING (TO AND FROM) TO THE PROVIDER? इलाज करने वाले या डॉक्टर के पास आने और जाने में (दोनों तरफ का) कितना समय लगा? CANT SAY = 99 कह नहीं सकते=९९८	WHAT WAS THE TOTAL COST OF THE TREATMENT? (INCLUDE ATTENDANT COSTS) (IN RS.) इलाज पर कुल खर्च कितना हुआ (तीमारदार या साथ जाने वाले पर हुए खर्च को मिलाकर) (रु. में)				
	H. DID THIS PROVIDER HOSPITALIZE THE CHILD ? क्या इस डॉक्टरों या परामर्श देने वाले ने बच्चे को अस्पताल में भरती कराया ? YES= 1 हां No=2 न्हीं (2⇨428K)	I.IF YES, FOR HOW MANY DAYS? आई. यदि हां तो कितने दिन के लिए? ⇨429	J. IF NO, DID THIS PROVIDER REFER YOU TO HIGHER LEVEL CARE? अगर नही ंतो क्या इस इलाज करने वाले ने आपको और अच्छे उपचार के लिये रेफर किया? 1= YES हां 2= NO नहीं (2⇨325)	K. DID YOU VISIT THE PROVIDER TO WHICH YOU WERE REFERRED ? जिस इलाज करने के वाले के पास आपको रेफर किया गया था क्या आप उसके पास गये थे? 1= YES हां 2= NO नहीं					A. CONSULTATION , MEDICINES, AND TESTS ए. परामर्श, दवाएं और जांचें	B. TRAVEL बी. यात्रा	**C. IF APPLICABLE** HOSPITALIZATION CHARGES INCLUDING FOOD, ACCOMMODATION ETC. सी. यदि लागू हो तो, भोजन और रहने की जगह पर हुए खर्च आदि को मिलाकर अस्पताल में भरती होने पर हुआ खर्च	D. ANY OTHER COST? डी. कोई अन्य खर्च	E. TOTAL COST कुल खर्च
01								minutes ….. 1☐☐ hours….2 ☐☐					
02								minutes ….. 1☐☐ hours….2 ☐☐					
03								minutes ….. 1☐☐ hours….2 ☐☐					

04								minutes ….. 1☐☐ hours….2 ☐☐					
05								minutes ….. 1☐☐ hours….2 ☐☐					
06								minutes ….. 1☐☐ hours….2 ☐☐					
07								minutes ….. 1☐☐ hours….2 ☐☐					
08								minutes ….. 1☐☐ hours….2 ☐☐					
09								minutes ….. 1☐☐ hours….2 ☐☐					

CODES FOR Q430A

प्रश्न ४३०ए के लिए कोड

01 = CHILD RECOVERED FULLY

बच्चा पूरी तरह से स्वस्थ हो गया

02 = CHILD IMPROVED SOMEWHAT

बच्चे की स्थिति में थोड़ा सुधार आया

03 = CHILD DID NOT IMPROVE AT ALL OR GOT WORSE

बच्चे की स्थिति में सुधार नहीं आया, उसकी हालत और बिगड़ गई

04 = CHILD ADMITTED TO HOSPITAL

बच्चे को अस्पताल में भरती कराया गया

05 = CHILD DIED

बच्चे की मृत्यु हो गई

	434				
LINE NO. पंक्ति सं.	PLEASE RATE THE LEVEL OF SATISFACTION ON A SCALE OF 1 TO 5 FOR THE TREATMENT BY THE PROVIDER. डॉक्टर के उपचार से आप कितना संतुष्ट हैं, उसे १ से ५ के पैमाने पर अंक दें **STRONGLY DISAGREE=1, DISAGREE=2, NEUTRAL=3, AGREE=4, STRONGLY AGREE=5** पूरी तरह अहसमत=१, असहमत=२, तटस्थ=३, सहमत=४, पूरी तरह सहमत=५ CANT SAY = 998 कह नहीं सकते=९९८				
	A. THIS PROVIDER HAS ALL THE MEDICINES NEEDED BY YOU ए. इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास आपके लिए सभी जरूरी दवाएं थीं।	B. THE DOCTOR GAVE YOU COMPLETE INFORMATION ABOUT YOUR ILLNESS बी. डाक्टर ने आपको बीमारी के बारे में पूरी जानकारी दी	C. PROVIDER STAFF TALK POLITELY सी. डॉक्टर या इलाज करने वाले के कर्मचारियों ने नम्रता के साथ बात की	D. YOU ARE GIVEN ENOUGH TIME TO TELL THE DOCTOR EVERYTHING डी. आपको पूरा समय दिया गया था कि आप डाक्टर को सारी बातें सही से बता पाए।	E. THE CLEANLINESS OF THE FACILITIES IS ADEQUATE ई. उन अस्पतालों/ क्लीनिकों/ डिस्पेंसरियों में पर्याप्त (ठीक-ठाक) सफाई थी
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

416A: JUST TO MAKE SURE THAT I HAVE A COMPLETE LISTING, ARE THERE ANY OTHER PERSONS SUCH AS FRIENDS, NEIGHBORS, RELATIVES, PHARMACISTS, DOCTORS OR NURSES FROM WHOM YOU SOUGHT ADVICE FOR THE CHILD'S ILLNESS?

४१६ए: यह सुनिश्चित करने के लिए कि आपकी लिस्ट पूरी है, पूछें - क्या मित्र, संबंधी, फार्मासिस्ट, डॉक्टर या नर्स जैसे कोई और व्यक्ति भी हैं, जिनसे आपने बच्चे की बीमारी के संबंध में सलाह मांगी।

YES ☐ **ADD TO TABLE** → तालिका में जोड़ें **NO** ☐ नहीं

हां

435	DID YOU UNDERTAKE ANY SELF-TREATMENT FOR THE CHILD? क्या आपने बच्चे का खुद भी कोई उपचार किया?	YES हां ..... 1 NO नहीं 2		2⇨Q438
435A	IF YES: WHEN DID YOU SELF-TREAT THE CHILD अगर हां: आपने बच्चे का इलाज खुद कब किया था? **MULTIPLE RESPONSE** अनेक उत्तर सम्भव	BEFORE SEEKING CARE ..... 1 दूसरे से इलाज करवाने से पहले WHILE SEEKING CARE ..... 2 दूसरे से इलाज करवाने के दौरान AFTER SEEKING CARE ..... 3 दूसरे से इलाज करवाने के बाद SELF TREAT ONLY, DID NOT SEEK CARE ..... 4 सिर्फ खुद इलाज किया, दूसरों से नहीं करवाया		

436	WHAT WAS THE SPECIFIC MEDICINE GIVEN TO THE CHILD FOR COUGH OR FEVERDURING SELF-TREATMENT? जब आपने बच्चे का खुद उपचार किया तो खांसी या बुखार के लिए क्या विशेष दवा दी थी?		Yes हां	No नहीं	NO. OF DAYS MEDICINE TAKEN जितने दिन दवाई ली गई	NO. OF DOSES GIVEN PER DAY प्रतिदिन दी गई खुराकों की संख्या	WAS THE MEDICINE SKY BRAND? क्या दवाई स्काई ब्रॉड की थी? 1 = Yes; १=हां 2 = No २=नहीं 8= Don't know ८=मालूम नहीं
		PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC गोली या सिरप, एंटीबायोटिक्स	1	2			
		NON-ANTIBIOTIC SYRUP गैर-एंटीबायोटिक सिरप	1	2			
		WHP BRANDED ANTIBIOTIC डब्ल्यूएचपी ब्रांड का एंटीबायोटिक	1	2			
		ANTI-MALARIALSP एंटी मलेरियल एसपी	1	2			
		PARACETAMOL/PANADOL/ACETAMINOPHEN पैरासिटामोल/पेंडोल/एसेटामिनोफेन	1	2			
		ASPIRIN एस्पिरिन	1	2			
		IBUPROFEN इब्रूफिन	1	2			
		HOME REMEDY, HERBAL MEDICINE घरेलू उपचार, जड़ी-बूटी	1	2			
		IV LINE आईवी लाइन	1	2			
		NEBULIZER नेबुलाइजर	1	2			
		OTHER(SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	1	2			

437	HOW MUCH DID YOU SPEND ON THESE ITEMS APPROXIMATELY? इन चीजों पर आपने लगभग कितना खर्च किया?	IN RUPEES _____ रु. में		
438	DID/DO YOU BUY ANY SUPPLEMENTS FOR DIET BECAUSE OF THE ILLNESS, FOR EXAMPLE VITAMINS, MEAT, ENERGY DRINKS, SOFT DRINKS, FRUITS OR MEDICINES? क्या बीमार होने की वजह से आपने बच्चे की खुराक के लिए पूरक पदार्थ खरीदे थे/खरीदते हैं? उदाहरण के लिए विटामिन, मांस, ताकत वाले पेय, हल्के पेय, फल, या दवा	YES.....1 हां NO .....2 नहीं		2⇨Q441 प्र. ४४१ पर जायें
439	IF YES, WHAT KIND OF ITEMS? (SPECIFY ALL THAT APPLY) यदि हां तो कौन-कौन सी चीजें खरीदीं? (जो लागू हो उसका उल्लेख करें) **MULTICODE POSSIBLE** अनेक कोड संभव हैं	FRUITS .....1 फल DRINKS.....2 पेय VITAMINS/HERBS .....3 विटामिन/जड़ी-बूटी MEAT .....4 मांस VEGETABLES……..5 सब्जियां OTHER (SPECIFY).....6 अन्य (उल्लेख करें)		
440	HOW MUCH DID YOU SPEND ON THESE ITEMS APPROXIMATELY? इन चीजों पर आपने लगभग कितना पैसा खर्च किया?	IN RUPEES _____ रु. में		
441	HOW MANY DAYS WAS THE CHILD NOT ABLE TO ENGAGE IN HIS USUAL ACTIVITY DUE TO THE ILLNESS? बच्चे की बीमारी के कारण बच्चे का रोजमर्रा के खेलकूद/काम-काज का कितने दिनों का नुकसान हुआ था?	NO. OF DAYS _____ दिनों की संख्या		
442	HOW MANY DAYS WAS THE CHILD NOT ABLE TO ATTEND THE SCHOOL? कितने दिन (बच्चे का नाम) स्कूल नहीं जा सका था?	NO. OF DAYS _____ दिनों की संख्या **CODE 99 IF NOT ENROLLED** ९९ कोड करें अगर बच्चे का नाम स्कूल में नहीं लिखा है?		
443	HOW MANY FULL DAYS OF WORK DID THE ATTENDANT MISS DUE TO THE ILLNESS?	NO. OF DAYS _____ दिनों की संख्या		

	बच्चे की बीमारी के कारण तीमारदार (देखभाल करने वाले) के कितने ऐसे दिन निकले जब उसके काम-काज का **पूरे दिनों का** नुकसान हुआ था ?					
444	HOW MANY LESS THAN FULL DAYS OF WORK DID THE ATTENDANT MISS DUE TO THE CHILD'S ILLNESS? बच्चे की बीमारी के कारण तीमारदार (देखभाल करने वाले) के कितने ऐसे दिन निकले जब उसके काम-काज का **पूरे से कम दिनों का** नुकसान हुआ था ?	NO. OF DAYS _____ दिनों की संख्या				
445	WHAT SOURCES OF YOUR OWN OR YOUR HOUSEHOLD MONEY DID YOU RELY ON TO PAY FOR THE HEALTH RELATED COSTS, INCLUDING HEALTH CARE COSTS, MEDICINE, REMEDIES AND SUPPLEMENTS? बीमारी के दौरान देखरेख में आने वाले खर्चे, दवा, इलाज और पूरक (सप्लीमेंट्स) मिलाकर सभी तरह के खर्चों के लिए पैसे का इंतजाम खुद के या परिवार किस साधन/स्रोत की मदद से किया था? ENTER AMOUNT IN RUPEES. IF DON'T REMEMBER SOURCE, USE "OTHER" राशि को रुपयों में **लिखें।** यदि स्रोत याद नहीं तो "अन्य" का उपयोग करें		YES हां	NO नहीं		AMOUNT राशि
		1= REDUCED SAVINGS बचत के पैसे से दिये	1	2		RS_____ रुपये
		2= REDUCED CONSUMPTION / REGULAR MONTHLY EXPENDITURES उपभोग/नियमित मासिक व्यय में कमी	1	2		RS_____ रुपये
		3=CHILDREN DROPPED OUT FROM SCHOOL बच्चों को स्कूल से निकाल लिया	1	2		RS_____ रुपये
		4=SOLD JEWELLERY AND HOUSEHOLD GOODS गहने और घर के सामान बेचे	1	2		RS _____ रुपये
		5=SOLD LIVESTOCK मवेशी बेचे	1	2		RS_____ रुपये
		6=REDUCED OR DELAYED INVESTMENTS निवेश कम किये या उनमें देरी किया	1	2		RS_____ रुपये
		7=MORTGAGED ASSETS परिसंपत्तियों को गिरवी रखा	1	2		RS_____ रुपये
		8=BORROWED MONEY पैसा उधार लिया	1	2		RS_____ रुपये
		9=GOVERNMENT PROGRAMS सरकारी कार्यक्रम	1	2		RS_____ रुपये
		10=PRIVATE INSURANCE निजी बीमा	1	2		RS_____ रुपये
		11=GIFTS FROM NEIGHBOURS / FRIENDS / RELATIVES पड़ौसियों/मित्रों/रिश्तेदारों से उपहार	1	2		RS_____ रुपये
		12= TREATMENT ON CREDIT FROM DOCTOR (DOCTOR SAID TO PAY LATER) डॉक्टर ने कहा बाद में पैसे दे देना।	1	2		
		13= PAYED IN KIND	1	2		

		किसी चीज के बदले					
		14=OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)		1	2		RS_____ रुपये

446	IF CODED 8 I.E. BORROWED MONEY, PLEASE SPECIFY THE SOURCE OF FOR THE BORROWING, ELSE GO TO NEXT SECTION यदि "८" का कोड है यानी उत्तर पैसा उधार लिया, तो उधार लेने के स्रोत का उल्लेख करें, नहीं तो अगले भाग पर जायें	YES हां	NO नहीं	AMOUNT IN RS. राशि रु. में	RATE OF INTEREST (IN %) ब्याज की दर (प्रतिशत में) DURATION अवधी	RATE (IN %) दर (प्रतिशत	ALREADY REPAID? पहले ही चुका दिया? YES हां =1 NO नहीं = 2
	PERSON-TO-PERSON LOANS व्यक्ति से व्यक्ति को कर्ज	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2		
	BANK / COMMERCIAL LENDER बैंक/व्यावसायिक ऋणदाता	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2		
	TRADITIONAL MONEY LENDER पारंपरिक ऋणदाता या साहूकार/महाजन	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2 वार्षिक		
	EMPLOYER मालिक या नौकरी देने वाले से	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2		
	OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2		

447	IF BORROWED MONEY, FROM PERSON TO PERSON PLEASE SPECIFY THE SOURCE OF FOR THE BORROWING यदि किसी व्यक्ति से कर्ज लिया है तो किससे कर्ज लिया है?		01 = WIFE / HUSBAND पत्नी/पति 02 = OTHER RELATIVE अन्य रिश्तेदार 03 = NON-RELATIVES/FRIENDS/NEIGHBOURS गैर-रिश्तेदार/मित्र/पड़ोसी 98 = DON'T KNOW मालूम नहीं 99=OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)

NOW I AM GOING TO ASK YOU SOME QUESTIONS ABOUT (NAME) ILLNESS, WHERE SOME OF THE QUESTIONS COULD BE REPEATED.

अब मैं आपसे (नाम) की बीमारी के बारे में कुछ प्रश्न पूछूंगा जहां हो सकता है कुछ प्रश्न दोहराये जायें

448	**PNEUMONIA SCORE QUESTIONS** निमोनिया स्कोर प्रश्न	**YES** हां	**NO** नहीं
1	HAS (NAME) SUFFERED FROM A COUGH IN THE PAST TWO WEEKS? क्या (बच्चे का नाम) पिछले २ सप्ताह में खांसी से पीडित हुआ है?	1	2
1A	HAS (NAME) SUFFERED FROM FEVER OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी बुखार हुआ था?	1	2
2	HAS (NAME) SUFFERED FROM CHILLS OR SWEATS OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी ठंड लगने या पसीना आने की समस्या हुई थी?	1	2
3	HAS (NAME) BEEN RESTLESS OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* ने पिछले दो हफ्तों में कभी बेचैनी महसूस की थी?	1	2
4	HAS (NAME) BEEN UNUSUALLY IRRITABLE OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* पिछले दो हफ्तों में कभी आम दिनों से अधिक चिड़चिड़ा रहा था?	1	2
5	HAS (NAME) HAD ANY LOSS OF APPETITE OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों सें भूख नहीं लगती थी?	1	2
6	HAS (NAME) BEEN ABNORMALLY SLEEPY OR DIFFICULT TO WAKE OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में आम दिनों से बहुत ज्यादा नींद आती थी और जगाना मुश्किल होता था?	1	2
7	HAVE YOU NOTICED (NAME) MAKING A WHEEZING SOUND WHEN HE/SHE BREATHED OVER THE LAST 2 WEEKS? क्या आपने *(बच्चे का नाम)* को पिछले २ हफ्तों में सांस लेते समय घर्र-घर्र की आवाज करते सुना था?	1	2
8	HAS (NAME) APPEARED SHORT OF BREATH OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी सांस अटकती महसूस हुई थी?	1	2
8A	HAS THERE BEEN A PERIOD OVER THE PAST TWO WEEKS WHEN (NAME) HAS SEEMED TO BE BREATHING FASTER THAN NORMAL? क्या पिछले २ सप्ताह में ऐसा कभी लगा कि *(बच्चे का नाम)* सामान्य से अधिक तेजी से सांस ले रहा है?	1	2
9	HAVE YOU NOTICED (NAME'S) NOSTRILS FLARING WHEN HE/SHE BREATHED OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या आपने पिछले दो हफ्तों में कभी सांस लेते समय *(बच्चे का नाम)* के नथुने फड़कते हुए देखे?	1	2
9A	HAS (NAME) REFUSED TO DRINK OR HAD A DEFINITE DECREASE IN THE AMOUNT OF WATER HE / SHE DRANK OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* पानी पीने से मना कर दिया या जितना पानी वह पिछले २ सप्ताह से पहले ले रहा था उसकी मात्रा में काफी कमी आई थी?	1	2
10	DID YOU NOTICE THAT (NAME'S) SKIN BETWEEN THEIR RIBS, OR HIS/ HER TUMMY MOVE INWARDS WHEN THEY BREATHED OVER THE PAST TWO WEEKS क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों के दौरान कभी सांस लेते समय उसकी पसलियों के बीच की चमड़ी, या उसके पेट को अंदर की ओर धंसते हुए देखा था?	1	2
11	DID (NAME) SEEM TO HAVE ANY CHEST PAIN OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी छाती में दर्द महसूस हुआ था?	1	2

12	HAS THERE BEEN A PERIOD OVER THE LAST TWO WEEKS WHERE (NAME) SEEMED TO HAVE DIFFICULTY BREATHING? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी ऐसा समय आया था जब उसे सांस लेने में तकलीफ महसूस हो रही थी?	1	2
13	HAS (NAME) VOMITED AT ALL OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी कोई उल्टी हुई थी?	1	2
14	HAVE YOU HEARD (NAME) MAKING GRUNTING NOISES DURING THE PAST TWO WEEKS? क्या आपने *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी घुर घुराहट की आवाज निकालते सुना था?	1	2
15	HAS (NAME) APPEARED TO HAVE A SLIGHTLY BLUE COLORATION TO HIS/HER SKIN, PARTICULARLY THEIR LIPS OR TONGUE, OVER THE PAST TWO WEEKS क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी चमड़ी हल्की नीली पड़ी है, खासकर उसके ओठ या जीभ?	1	2
16	HAS (NAME) COUGHED UP ANY BLOOD OVER THE PAST TWO WEEKS? क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों के दौरान खांसी के साथ कभी खून आया था?	1	2
17	HAS (NAME) HAD ANY FITS OVER THE PAST TWO WEEKS क्या *(बच्चे का नाम)* को पिछले दो हफ्तों में कभी मिर्गी/ बेहोशी के दौरे आए थे?	1	2

CHILD'S NAME: _____ CHILD'S LINE NUMBER (FROM HOUSEHOLD ROSTER):_____
बच्चे का नाम---------- बच्चे की पंक्ति सं. (परिवार रोस्टर से)

SECTION 5: FOR CHILD EXACTLY 23 MONTHS OF AGE OR BELOW
भाग ५: ठीक २३ माह या उससे कम आयु के बच्चे के लिए

THIS QUESTIONNAIRE IS TO BE ADMINISTERED TO ALL MOTHERS OR CARETAKERS WHO TAKE CARE FOR A CHILD THAT LIVES WITH THEM AND IS ***EXACTLY 23 MONTHS OF AGE OR BELOW****.*
इस प्रश्नावली के प्रश्न उन सभी माताओं और देखरेख करने वालों से पूछे जाने हैं, जो अपने साथ रहने वाले बच्चे की देखरेख करते हैं और जो बच्चा ठीक २३ महीने या उससे कम आयु का है।

A SEPARATE QUESTIONNAIRE SHOULD BE USED FOR EACH ELIGIBLE CHILD.
हर योग्य बच्चे के लिए अलग-अलग प्रश्नावली का इस्तेमाल करें।

Q NO. प्र.सं.	QUESTION प्रश्न	CODING कोडिंग	SKIP TO छोड़ें
501	HAVE YOU EVER BREASTFED (NAME OF CHILD)? क्या आपने (बच्चे का नाम) को कभी स्तनपान कराया है?	YES हां ..... 1 **NO नहीं 2**	1⇨Q503
502	**IF Q501 = 2** यदि प्र. ५०१=२ तो WHY DID YOU NEVER BREASTFEED (NAME OF CHILD) आपने (बच्चे का नाम) को कभी स्तनपान क्यों नहीं कराया? **MULTIPLE RESPONSE** एक से ज्यादा उत्तर संभव	PROBLEM WITH BREAST (PAIN, CRACKED NIPPLES ETC) ..... 1 स्तनों में समस्या (दर्द, फटे हुए निप्पल, आदि) CHILD DID NOT SUCK WELL ..... 2 बच्चा अच्छी तरह से नहीं चूसता NOT ENOUGH TIME TO FEED ..... 3 स्तनपान कराने के लिए समय नहीं है MOTHER FELT THERE WAS NOT ENOUGH BREASTMILK ..... 4 दूध नहीं बन रहा MOTHER WNTED TO GET PREGNANT AGAIN ..5 मां फिर से गर्भवती होना चाहती है NO NEED TO BREASTFEED ..... 6 स्तनपान कराने की जरूरत नहीं है INFANT RESISTED BREASTFEEDING ..... 7 बच्चा स्तनपान कराने का प्रतिरोध करता है OTHER (SPECIFY)..... 99 अन्य (उल्लेख करें) DON'T KNOW/ DON'T REMMBER 88 मालूम नहीं/याद नहीं	After answering Q502, go to Q509

503	HOW LONG AFTER BIRTH DID YOU FIRST PUT (NAME OF CHILD) TO THE BREAST? प्रसव के कितने समय बाद आपने (बच्चे का नाम) को स्तनपान कराया ? IF WITHIN 1 HOUR, CODE 00; IF LESS THAN 24 HOURS, RECORD HOURS, OTHERWISE, RECORD DAYS यदि १ घंटे के अंदर तो ०० का कोड दें; यदि २४ घंटे से कम तो घंटे दर्ज करें, अन्यथा दिन दर्ज करें	IMMEDIATELY OR WITHIN 1 HOUR ..... 0 00 तत्काल या १ घंटे के अंदर HOURS ..... 2 घंटे DAY..... 3 दिन DON'T KNOW ..... 99 मालूम नहीं **ASK ONLY IF CODES 1 OR 2 IN Q503** तभी पूछें जब प्र. ५०३ए में १ या २ का कोड हो SPECIFY MINUTES OR HOURS _____ मिनट और घंटे बतायें	
504	WAS (NAME OF CHILD) GIVEN ANYTHING OTHER THAN BREAST MILK WITHIN THE FIRST DAY? क्या पहले दिन (बच्चे का नाम) को मां के दूध के अलावा और कुछ दिया गया?	YES हां ..... 1 **NO नहीं 2**	2⇨Q505A
505	WHAT WAS (NAME OF CHILD) GIVEN? (बच्चे का नाम) को क्या दिया गया था? **MULTIPLE RESPONSE** एक से ज्यादा उत्तर संभव	MILK FROM AN ANIMAL (NOT BREAST MILK).. 1 पशु का दूध (न कि मां का दूध) PLAIN WATER ..... 2 सादा पानी SUGAR OR GLUCOSE WATER..... 3 चीनी और ग्लूकोज का पानी GRIPE WATER..... 4 ग्राइप वाटर SUGAR-SALT-WATER SOLUTION..... 5 चीनी और नमक का घोल FRUIT JUICE ..... 6 फलों का रस INFANT FORMULA/ LACTOGEN ..... 7 इंफेंट फार्मूला/लैक्टोजिन TEA..... 8 चाय HONEY..... 9 शहद JANAMGHUTTI ..... 10 जन्म घुट्टी OTHER (SPECIFY)..... 99 अन्य (उल्लेख करें) DON'T KNOW/ DON'T REMMBER ..... 88 मालूम नहीं/याद नहीं	

505 A	FOR HOW LONG DID YOU EXCLUSIVELY BREASTFEED – THAT IS NO OTHER FOOD OR LIQUID WAS GIVEN TO (NAME OF CHILD)? आपने कितने समय तक केवल स्तनपान कराया - यानि (बच्चे का नाम) को कोई खाना या तरल पदार्थ नहीं दिया?	DAYS .....1 दिन MONTHS .....2 माह STILL BREASTFEEDING..... 77 अभी भी स्तनपान करा रहे है DON'T KNOW ..... 99 मालूम नहीं **ASK ONLY IF CODES 1 OR 2 IN Q505A** वाई तभी पूछें जब प्रश्न ५०५ए में १ या २ का कोड हो SPECIFY DAYS OR MONTHS _____ मिनटों और घंटों का उल्लेख करें	
505 B	DURING THE TIME YOU EXCLUSIVELY BREASTFED, DID YOU GIVE (NAME OF CHILD) WATER? जब आपने (बच्चे का नाम) को केवल स्तनपान कराया तब क्या उसे पानी दिया था?	YES हां..... 1 NO नहीं 2	
506	ARE YOU CURRENTLY BREASTFEEDING (NAME OF CHILD)? क्या आप (बच्चे का नाम) को अभी स्तनपान करा रही हैं?	YES हां..... 1 NO नहीं 2	1⇨Q509 प्र. ५०९ पर जायें
507	**ASK ONLY IF 'NO' IN Q502** यदि प्र. ५०२ का उत्तर नहीं हो तभी पूछें HOW OLD WAS (NAME OF CHILD) WHEN YOU STOPPED GIVING BREASTMILK? (बच्चे का नाम) तब कितनी आयु का था जब आपने स्तनपान कराना बंद किया?	AGE IN COMPLETED MONTHS ☐ पूरे महीनों में आयु NOT STARTED ..... 98 शुरू नहीं किया DON'T KNOW/DON'T REMEMBER..... 99 मालूम नहीं/याद नहीं	

508	WHY DID YOU STOP BREASTFEEDING (NAME OF CHILD) आपने (बच्चे का नाम) को स्तनपान कराना बंद क्यों किया? **MULTIPLE RESPONSE** एक से ज्यादा उत्तर संभव	PROBLEM WITH BREAST (PAIN, CRACKED NIPPLES ETC) ..... 1 स्तनों में समस्या (दर्द, फटे हुए निप्पल, आदि) CHILD DID NOT SUCK WELL .....2 बच्चा अच्छी तरह से नहीं चूसता NOT ENOUGH TIME TO FEED .....3 स्तनपान कराने के लिए समय नहीं है MOTHER FELT THERE WAS NOT ENOUGH BREASTMILK.....4 दूध नहीं बन रहा MOTHER WNTED TO GET PREGNANT AGAIN 5 मां फिर से गर्भवती होना चाहती है MOTHER GOT PREGNANT / NEW INFANT BORN.....6 मां गर्भवती हो गई/नया शिशु पैदा हुआ MOTHER WENT BACK TO WORK .....7 मां काम पर वापस चली गई INFANT RESISTED BREASTFEEDING.....8 बच्चा स्तनपान कराने का प्रतिरोध करता था INFANT ALREADY GROWN UP.....9 बच्चा बड़ा हो चुका है OTHER (SPECIFY).....99 अन्य (उल्लेख करें)	After answering Q508, go to Q510
509	DOES (NAME OF CHILD) EAT ANY SOLID, SEMI-SOLID OR SOFT FOODS? क्या (बच्चे का नाम) ने कोई ठोस, अर्ध-ठोस या हल्का भोजन लिया?	YES हां ..... 1 **No** नहीं **..... 2**	2⇨Q513 प्र. ५१३ पर जायें
510	FROM WHEN/AT WHAT AGE DID (NAME OF CHILD) START EATING SOLID, SEMI-SOLID OR SOFT FOODS (DALIA, KHICHDI, KELA) ? कब और किस आयु में आपने (बच्चे का नाम) को तरल/अर्ध-ठोस या ठोस आहार (दलिया, खिचड़ी, केला) देना शुरू किया?	AGE IN COMPLETED MONTHS ☐ पूरे महीनों में आयु NOT STARTED .....98 शुरू नहीं किया DON'T KNOW/DON'T REMEMBER .....99 मालूम नहीं/याद नहीं	
511	THE LAST TIME YOU FED [CHILDNAME] DID YOU WASH YOUR HANDS BEFORE FEEDING? पिछली बार जब आपने बच्चे को आहार दिया तो क्या आपने उससे पहले हाथ धोये थे?	YES हां ..... 1 **No** नहीं **..... 2**	2⇨Q513 प्र. ५१३ पर जायें

512	IF YES, WHAT DID YOU USE WATER ONLY/WATER AND SOAP/WATER AND SURF/ASH/SOIL/OTHER? यदि हां तो आपने हाथ धोने के लिए किसका उपयोग किया? **CODE ONLY ONE**	WATER ONLY..... 1 केवल पानी WATER AN SOAP ..... 2 पानी और साबुन WATER AND SURF..... 3 पानी और सर्फ ASH ..... 4 राख SOIL..... 5 मिट्टी OTHER (SPECIFY) ..... 6 अन्य (उल्लेख करें)	
513	HAVE YOU EVER UTILIZED ANY SERVICES FROM AWC FOR YOUR CHILD क्या आपने अपने बच्चे के लिए आंगनवाड़ी केंद्र की किसी सेवा का उपयोग किया है? **INVESTIGATOR TO MENTION AWC SERVICES LIKE SUPPLEMENTARY NUTRITION, GROWTH MONITORING, PRE-SCHOOL EDUCATION, REFERRAL SERVICES ETC.** इंवेस्टिगेटर आंगनवाड़ी केंद्र पर मिलने वाली सेवाओं के बारे में बताए जैसे कि पूरक पोषण (दलिया आदि), शारीरिक विकास की मॉनीटरिंग, स्कूल-पूर्व शिक्षा, रेफरल सेवाएं, आदि	YES हां..... 1 NO नहीं..... 2	
514	HOW WOULD YOU RATE THE CHILD'S OVERALL HEALTH IN THE PAST 30 DAYS? अब तक जैसी बच्चे की सेहत रही है, उसे देखते हुए बताइए कि पिछले ३० दिनों के दौरान कुल मिलाकर बच्चे की सेहत कैसी रही, अच्छी या खराब? अगर अच्छी तो कितनी अच्छी और खराब तो कितनी खराब?	VERY BAD..... 1 बहुत खराब BAD ..... 2 खराब MODERATE ..... 3 सामान्य GOOD..... 4 अच्छी VERY GOOD..... 5 बहुत अच्छी	

SECTION 6: SELF-REPORTED HEALTH

भाग ६: स्व-सूचित स्वास्थ्य

601	HOW WOULD YOU RATE YOUR OVERALL HEALTH IN THE PAST 30 DAYS? पिछले ३० दिनों के दौरान कुल मिलाकर आपकी सेहत कैसी रही, अच्छी या खराब? अगर अच्छी तो कितनी अच्छी और खराब तो कितनी खराब?	VERY BAD 1 बहुत खराब	BAD 2 खराब	MODERATE 3 सामान्य	GOOD 4 अच्छा	VERY GOOD 5 बहुत अच्छा

602	WHEN YOUR CHILD IS ILL, WHO MAKES THE FINAL DECISION TO GO TO THE DOCTOR / HEALTH FACILITY? जब आपका बच्चा बीमार पड़ता है तो उसे डाक्टर/स्वास्थ्य केंद्र ले जाने के बारे में अंतिम फैसला कौन लेता है? **MULTIPLE RESPONSE**	YOU.....1 आप SPOUSE .....2 पति FATHER IN LAW .....3 ससुर MOTHER IN LAW .....4 सास OTHERS .....5 अन्य	
603	WHEN YOU ARE ILL, WHO MAKES THE FINAL DECISION TO GO TO THE DOCTOR / HEALTH FACILITY? जब आप बीमार पड़ती हैं तो आपको डाक्टर/ स्वास्थ्य केंद्र ले जाने के बारे में अंतिम फैसला कौन लेता है? **MULTIPLE RESPONSE**	YOU.....1 आप SPOUSE .....2 पति FATHER IN LAW .....3 ससुर MOTHER IN LAW .....4 सास OTHERS .....5 अन्य	
604	THE LAST TIME YOU USED THE TOILET, DID YOU WASH YOUR HAND AFTERWARDS? पिछली बार जब आपने शौचालय का उपयोग किया तो उसके बाद क्या आपने अपने हाथ धोये थे?	YES हां.....1 NO नहीं.....2	2⇨Q606
605	IF YES, WHAT DID YOU USE (WATER ONLY/WATER AND SOAP/WATER AND SURF/ASH/SOIL/OTHER)? हाथ धोने के लिए आपने किसका उपयोग किया?	WATER ONLY ..... 1 केवल पानी WATER AN SOAP ..... 2 पानी और साबुन WATER AND SURF..... 3 पानी और सर्फ ASH ..... 4 राख SOIL..... 5 मिट्टी OTHER (SPECIFY) .....6 अन्य (उल्लेख करें)	

606	ON WHAT OTHER OCCASIONS DID YOU WASH YOUR HANDS WITH SOAP SINCE THIS TIME YESTERDAY? कल इस समय के बाद आपने और किस- किस मौके पर साबुन से अपने हाथ धोये थे? **MULTIPLE RESPONSE** अनेक उत्तर	NO SOAP AVAILABLE .....1 साबुन उपलब्ध नहीं था BEFORE COOKING.....2 खाना पकाने से पहले AFTER HANDLING FOOD.....3 खाना परोसने से पहले BEFORE EATING .....4 खाना खाने से पहले AFTER CLEANING INFANT FECES.....5 शिशु का मल साफ करने के बाद SOAP AVAILABLE IN HOUSEHOLD BUT DID NOT USE IT TO WASH HANDS.....6 साबुन घर में था पर हाथ धोने के लिए उसका उपयोग नहीं किया WHEN I WASH CLOTHES .....7 जब मैं कपड़े धोती हूं WHEN I BATHE .....8 जब मैं नहाती हूं WHEN I WASH DISHES .....9 जब मैं बर्तन धोती हूं OTHER (SPECIFY).....88 अन्य (उल्लेख करें)	1⇨Q608 १⇨६०८
607	IS SOAP AVAILABLE IN THE HOUSEHOLD? क्या घर में साबुन उपलब्ध है? **ASK TO SEE THE SOAP**	YES हां.....1 NO नहीं.....2	
608	HAS ANY HEALTH WORKER, ASHA, AWW OR ANM, EVER DEMONSTRATED PROPER HAND WASHING USING WATER AND SOAP TO YOU? क्या आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, या एएनएम ने पानी और साबुन का उपयोग करते हुए आपको कभी हाथ धोने का सही तरीका दिखाया?	YES हां.....1 NO नहीं.....2	

SECTION7:CHILD IMMUNIZATION

भाग ७: बच्चे का टीकाकरण

IN THIS SUB-SECTION, I WILL TAKE IMMUNIZATION DETAIL OF YOUR LAST LIVING CHILD.
इस उपभाग में मैं आपके अंतिम जीवित बच्चे के टीकाकरण से संबंधित जानकारी जानना चाहता हूं।

Q. NO. प्र.सं.	QUESTIONS प्रश्न	CODE कोड			SKIP छोड़ें
701	HAS [NAME] EVER RECEIVED ANY VACCINATIONS TO PREVENT HIM/HER FROM GETTING DISEASES? क्या (नाम) को रोगों से बचने के लिए कोई टीके लगाये गये या वैक्सीनें दी गई हैं?	YES हां	1		If No Go To next section
		NO नहीं	2		
		DON'T KNOW मालूम नहीं	99		
702	CAN YOU TELL ME IF (NAME) HAS EVER RECEIVED THE FOLLOWING VACCINATIONS? क्या आप बता सकती हैं कि क्या (नाम) को ये वैक्सीनें लगी हैं? **DO NOT USE VACCINATION CARD.** वैक्सीनेशन कार्ड का उपयोग न करें		YES हां	NO नहीं	IF YES, NO. OF DOSES खुराक की संख्या
		BCG (INJECTION IN THE LEFT SHOULDER THAT CAUSES A SCAR) बीसीजी (बायें कंधे पर इंजेक्शन, जिससे दाग रह जाता है)	1	2	
		POLIO (VACCINATION DROPS FOR POLIO) पोलियो (पोलियो की वैक्सीनेशन बूंदें)	1	2	
		DPT (INJECTION IN THE THIGH OR BUTTOCKS AGAINT TETANUS, WHOOPING COUGH, DIPTHERIA) डीपीटी (टिटनस, कुकुर खांसी, डिप्थीरिया से बचाव के लिए जांघ या पुट्ठे पर इंजेक्शन)	1	2	
		MEASLES (INJECTION IN THE THIGH/ARM AFTER 9 MONTHS OF AGE) खसरा (९ महीने की आयु के बाद जांघ/ बांह में इंजेक्शन)	1	2	
		VIT.A (VITAMIN A LIQUID OR CAPSULE FOR PROTECTION AGAINST NIGHT BLINDNESS) विटामिन ए. (रात्रि अंधता से बचाव के लिए विटामिन ए का घोल या कैप्सूल)	1	2	

Q. NO. क्र.सं.	QUESTIONS प्रश्न	CODE कोड		SKIP छोड़ें
703		YES हां	1	
		NO नहीं	2	

	DOES [NAME] HAVE A VACCINATION CARD?? क्या (नाम) का वैक्सीनेशन कार्ड बना है?	YES, BUT NOT SEEN हां, पर देखा नहीं	8		IF NO GO TO NEXT SECTION
		DON'T KNOW मालूम नहीं	99		
704			YES हां	NO नहीं	IF YES, NO. OF DOSES खुराकों की सं.
	RECORD VACCINATIONS LISTED ON VACCINATION CARD. वैक्सीनेशन कार्ड में दी गई वैक्सीनों के अनुसार दर्ज करें	**BCG** (INJECTION IN THE LEFT SHOULDER THAT CAUSES A SCAR) बीसीजी (बायें कंधे पर इंजेक्शन जिस से दाग रह जाता है)	1	2	
		POLIO (VACCINATION DROPS FOR POLIO) पोलियो (पोलियो की वैक्सीनेशन बूंदें)	1	2	
		DPT (INJECTION IN THE THIGH OR BUTTOCKS AGAINT TETANUS, WHOOPING COUGH, DIPTHERIA) डीपीटी (टिटनस, कुकुर खांसी, डिथ्थीरिया से बचाव के लिए जांघ या पुट्ठे पर इंजेक्शन)	1	2	
		MEASLES (INJECTION IN THE THIGH/ARM AFTER 9 MONTHS OF AGE) खसरा (९ महीने की आयु के बाद जांघ/ बांह में इंजेक्शन)	1	2	
		VIT.A (VITAMIN A LIQUID OR CAPSULE FOR PROTECTION AGAINST NIGHT BLINDNESS) विटामिन ए. (रात्रि अंधता से बचाव के लिए विटामिन ए का घोल या कैप्सूल)	1	2	

SECTION 8: REFERRAL QUESTIONS

भाग ८: रेफरल संबंधी प्रश्न

Q.NO. प्र.सं.	DESCRIPTION विवरण	CODES कोड्स	SKIP छोड़ें
801	IN THE LAST 30 DAYS, HAVE YOU RECEIVED A RECOMMENDATION ABOUT ANY PARTICULAR HEALTHCARE PROVIDER / HEALTH SERVICE FROM ANYONE? पिछले ३० दिनों में क्या किसी ने आपको किसी विशेष डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास जाने की सलाह दी है?	YES हां ..... 1 NO नहीं..... 2	2⇨Q803
802	IF YES, WHO WAS THE DOCTOR RECOMMENDED? यदि हां तो किस डॉक्टर के पास जाने की सलाह दी	(PICK FROM PROVIDER CODES) (प्रदाता कोड्स से चुनें)	
803	IN THE LAST 30 DAYS, HAVE YOU ISSUED A RECOMMENDATION ABOUT ANY PARTICULAR HEALTHCARE PROVIDER / HEALTH SERVICE TO ANYONE? पिछले ३० दिनों में क्या आपने किसी को किसी विशेष डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास जाने की सलाह दी है?	YES हां ..... 1 NO नहीं..... 2	2⇨Q805
804	IF YES, WHO WAS THE DOCTOR RECOMMENDED? यदि हां तो किस डॉक्टर के पास जाने की सलाह दी?	(PICK FROM PROVIDER CODES) (प्रदाता कोड्स से चुनें)	
805	HAS ANYONE VISITED YOU TO PROVIDE ANY HEALTH-RELATED INFORMATION IN THE LAST 30 DAYS? पिछले ३० दिनों में क्या किसी तरह की सेहत संबंधी जानकारी देने के लिए किसी ने आपसे मुलाकात की है?	YES हां ..... 1 NO नहीं..... 2	2⇨807 ८०७
806	IF YES, WHO? यदि हां तो वह कौन था? **MULTIPLE RESPONSE** एक से ज्यादा उत्तर संभव	PRIVATE MEDICAL PRACTITIONER / NURSE .... 1 प्राइवेट चिकित्सक/नर्स PUBLIC MEDICAL PRACTITIONER / NURSE ..... 2 सार्वजनिक चिकित्सक/नर्स PHARMACIST ..... 3 फार्मासिस्ट NGO WORKER..... 4 एनजीओ कार्यकर्ता GOVERNMENT HEALTHCARE WORKER (ASHA/AWW/ANM ETC.)..... 5 सरकारी स्वास्थ्य-देखरेख कर्मी (आशा, आगंनवाड़ी कार्यकत्री, एएनएम आदि) OTHER (PLEASE SPECIFY)..... 6 अन्य (उल्लेख करें)	

INVESTIGATOR READ A LOUD: NOW, I WOULD LIKE YOU TO THINK VERY CAREFULLY ABOUT THE HEALTH CARE SEEKING BEHAVIOR OF THE MEMBERS OF YOUR HOUSEHOLD IN THE LAST YEAR इंवेस्टिगेटर ऊंचे स्वर में पढ़ेगाः अब आपसे पिछले एक साल में अपने परिवार के सदस्यों के अपने स्वास्थ्य की देखरेख के लिए सेवाओं को ढूढ़ने से जुड़े व्यवहार के बारे में ध्यान से सोचने के लिए कहूंगा।			
807	HOW MANY DIFFERENT HEALTH CARE PROVIDERS HAVE YOU OR A MEMBER OF YOUR HOUSEHOLDVISITED IN THE LAST YEAR? पिछले एक साल में आप या आपके परिवार का कोई सदस्य कितने अलग-अलग डॉक्टरों/इलाज करने वालों के पास गया?	PROVIDERS_____ डॉक्टरों की संख्या	If 0, then go to Q901
808	OF THOSE, WERE ANY OF THEM A PROVIDER YOU HAD NOT VISITED BEFORE? क्या उनमें से कोई ऐसा डॉक्टर या इलाज करने वाला था, जिससे आप पहली बार मिले थे?	YES हां .....1 NO नहीं 2	2 ⇨NEXT SECTION अगले भाग में जायें
809	DURING THE FIRST VISIT TO ONE OF THESE NEW PROVIDERS, WAS YOUR NORMAL PROVIDER AVAILABLE AT HIS/HER CLINIC/HOME/SHOP? जब आप इलाज कराने इन नये डॉक्टरों (डॉक्टरों का नाम लें) से मिलने गए थे तो क्या आपके पुराने डॉक्टर या इलाज करने वाले (डॉक्टर का नाम लें) भी अपनी क्लीनिक/घर/ दुकान पर उपलब्ध थे?	YES हां .....1 NO नहीं 2	
810	DURING THE FIRST VISIT TO ONE OF THESE NEW PROVIDERS, HOW SERIOUS WOULD YOU SAY THE ILLNESS WAS? जब आप इन नये डॉक्टरों या इलाज करने वालों में से किसी एक के पास गए थे तो आपके विचार से आपकी बीमारी कितनी गंभीर थी?	I WAS NOT SICK .....1 मैं बीमार नहीं था/थी MILD ILLNESS.....2 हल्की बीमार थी MODERATE ILLNESS .....3 सामान्य स्तर की बीमारी थी SERIOUS ILLENSS.....4 गंभीर बीमारी थी	
811	DID ANYONE REFER YOU TO THIS NEW PROIVDER? क्या इस नये डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास आपको किसी ने रेफर किया था?	YES हां .....1 NO नहीं 2	2 ⇨ Q814
812	WHO REFERRED YOU? आपको किसने रेफर किया था? **MULTIPLE RESPONSE** एक से ज्यादा उत्तर संभव	ANOTHER PROVIDER .....1 दूसरे डॉक्टर या इलाज करने वाले ने A FRIEND OR NEIGHBOR.....2 एक दोस्त या पड़ोसी ने A FAMILY MEMBER.....3 परिवार का सदस्य ने ASHA WORKER .....4 आशा कार्यकर्ता ने NGO WORKER.....5 एनजीओ कार्यकर्ता ने SKY PROVIDER.....6 स्काई सेवा प्रदाता OTHER (SPECIFY).....9 अन्य (उल्लेख करें)	

813	WHAT INFORMATION DID YOU GET FROM THE REFFERAL THAT CONVINCED YOU TO GO? रेफरल से आपको कौन सी ऐसी जानकारी मिली कि आप इस डॉक्टर के पास जाने के लिए तैयार हो गये? **MULTIPLE RESPONSE** **एक से ज्यादा उत्तर संभव**	THE PROVIDER IS GOOD AT CURING PEOPLE.....1 डॉक्टर लोगों का अच्छी तरह से इलाज करता है THE PROVIDER IS A PROFESSIONAL AND HAS GOOD MANNERS .....2 डॉक्टर पेशेवर व्यक्ति है और उसका व्यवहार अच्छा है THROUGH THIS PROVIDER, I CAN HAVE A CONSULTATION WITH A CITY DOCTOR THROUGH THE COMPUTER .....3 इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के जरिए कंप्यूटर द्वारा शहर के डॉक्टर की सलाह ली जा सकती है। THROUGH THIS PROVIDER, I CAN HAVE ACCESS TO LAB TESTS.....4 इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के जरिए मुझे लैब टेस्ट सुलभ हो सकते थे THROUGH THIS PROVIDER, I CAN HAVE ACCESS TO GOOD MEDICINES .....5 इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के जरिए मुझे अच्छी दवाएं सुलभ हो सकती थी THE FEES OF THIS PROVIDER ARE LOW……6 डॉक्टर या इलाज करने वाले की फीस कम थी THE PROVIDER IS A SPECIALIST……7 OTHER (SPECIFY).....8 अन्य (उल्लेख करें)	⇨NEXT SECTION अगले भाग में जायें
814	ASK IF Q811==2, ELSE GO TO Q901 WHY DID YOU GO TO THIS PROVIDER? आप इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास क्यों गये? **MULTIPLE RESPONSE** **एक से ज्यादा उत्तर संभव**	THE PROVIDER HAS A REPUTATION OF BEING GOOD AT CURING PEOPLE .....1 डॉक्टर या इलाज करने वाले की शोहरत है कि यहां इलाज से लोग अच्छे हो जाते हैं THE PROVIDER POSTED GOOD QUALIFICATIONS ON THE DOOR.....2 डॉक्टर या इलाज करने वाले के दरवाजे पर अच्छी योग्यताएं दर्शाई गई थीं THE PROVIDER HAD NICE, PROFESSIONAL SIGNS AND ANNOUNCEMENTS.....3 डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास अच्छे पेशेवर संकेत और घोषणाएं हैं THROUGH THIS PROVIDER, I CAN HAVE A CONSULTATION WITH A CITY DOCTOR THROUGH THE COMPUTER .....4 इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के जरिए कंप्यूटर द्वारा शहर के डॉक्टर की सलाह ली जा सकती है। THROUGH THIS PROVIDER, I CAN HAVE ACCESS TO LAB T ESTS.....5 इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के जरिए मुझे लैब टेस्ट सुलभ हो सकते हैं THROUGH THIS PROVIDER, I CAN HAVE ACCESS TO GOOD MEDICINES 6	

		इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के जरिए मुझे अच्छी दवाएं सुलभ हो सकती हैं THE PROVIDER HAS A REPUTATION OF CHARGING LOW FEES.....7 डॉक्टर या इलाज करने वाला कम फीस लेता है OTHER (SPECIFY).....8 अन्य (उल्लेख करें)	

SECTION 9: HEALTH SEEKING BEHAVIOUR

भाग ९: स्वास्थ्य ग्राही व्यवहार

THIS SECTION SHOULD BE REPEATED FOR EVERY HOUSEHOLD MEMBER TO WHICH IT APPLIES. यह खंड हर परिवार के किसी सदस्य के लिए दोहराया जाना चाहिए जिन पर यह लागू होता है			
Q. NO. प्र.सं.	**QUESTIONS** प्रश्न	**CODE** कोड	**SKIP** छोड़ें
901	IN THE LAST15 DAYS, DID ANY MEMBER OF THE HOUSEHOLD HAVE ANY EPISODES OF ILLNESS APART FROM THE CHILD'S ILLNESSES MENTIONED PREVIOUSLY? क्या पिछले १५ दिनों में आपके परिवार के किसी सदस्य को किसी प्रकार से बीमारी हुई (बच्चे की उन बीमारीयों को छोड़ कर, जिसे आप पहले बता चुके हैं)?	YES .....1 हां NO.....2 नहीं DK.....99 मालूम नहीं	2 ⇨ 927

	902	903	904		905		906		907		907C	907D
	NAME OF THE HOUSEHOLD MEMBER WHO WERE ILL 15 DAYS? परिवार के उन सदस्यों के नाम लिखें जो पिछले १५ दिन के दौरान बीमार हुए	**HH ID (AUTOFILL FROM ROSTER)** परिवार की आईडी (रोस्टर से स्व-जनित)	A. WAS THIS INDIVIDUAL DIAGNOSED WITH TUBERCULOSIS ए. क्या व्यक्ति को टीबी होने का पता चला था?	**B: WAS INDIVIDUAL TOLD TO GET A SPUTUM TEST?** बी. क्या व्यक्ति को बलगम की जांच कराने को कहा गया था?	**TO BE ASKED ONLY FOR ADULT PATIENT** केवल वयस्क रोगी के बारे में पूछें A. HOW MANY FULL DAYS OF WORK DID THE PATIENT LOST DUE TO THE ILLNESS? बीमारी के कारण मरीज के कितने ऐसे दिन निकले जब उसके काम-काज के पूरे दिनों का नुकसान हुआ था ?	B.HOW MANY LESS THAN FULL DAYS OF WORK DID THE PATIENT LOST DUE TO THE ILLNESS? बीमारी के कारण मरीज के कितने ऐसे दिन निकले जब उसके काम-काज का **पूरे से कम दिनों** का नुकसान हुआ था	**ASK ALL** सभी पूछें A. HOW MANY FULL DAYS OF WORK DID THE ATTENDANT LOST DUE TO THE ILLNESS OF THE PATIENT? बीमारी के कारण तीमारदार (देखभाल करने वाले) के कितने ऐसे दिन निकले जब उसके काम-काज का पूरे दिनों का नुकसान हुआ था?	B. HOW MANY LESS THAN FULL DAYS OF WORK DID THE ATTENDANT LOST DUE TO THE ILLNESS? बीमारी के कारण तीमारदार (देखभाल करने वाले) के कितने ऐसे दिन निकले, जब उसके काम-काज का **पूरे से कम** दिनों का नुकसान हुआ था	**TO BE ASKED FOR CHILD PATIENTS** बच्चा रोगियों के लिए पूछें A. HOW MANY DAYS WAS THE CHILD NOT ABLE TO ENGAGE IN HIS USUAL ACTIVITY DUE TO ILLNESS? बच्चे की बीमारी के कारण बच्चे का रोजमर्रा के खेलकूद/काम-काज का कितने दिनों का नुकसान हुआ था?	**B.IF APPLICABLE**, HOW MANY DAYS OF SCHOOL DID THE CHILD MISS LOST DUE TO ILLNESS? यदि लागू हो तो बीमारी के कारण कितने दिन बच्चा स्कुल नही जा सका? CODE '99' IF CHILD NOT ENROLLED IN SCHOOL यदि बच्चे का स्कूल में नामांकन नहीं है तो '९९' का कोड दें	**DID THIS INDIVIDUAL SEEK MEDICAL CARE OR ADVICE FROM ANY SOURCE?** क्या मरीज ने इस बीमारी के लिये कोई उपचार लिया? **1 = YES** **2 = NO** IF 1 ⇨ 908	**WHAT WAS THE REASON FOR NOT SEEKING MEDICAL CARE?** **MULTICODE** बीमारी के लिये उपचार न लेने का क्या कारण था? ⇨ 927
01												

02												
03												
04												
05												
06												

CODES FOR 907D:
प्रश्न ६०७डी के लिए कोड्सः
1= COULD NOT GET AWAY FROM WORK 2 = DID NOT HAVE MONEY 3 = THERE IS NO DOCTOR OR HEALTH FACILITY NEARBY 4= NOT SERIOUS
१=काम से छुट्टी नहीं मिली २=पैसा नहीं है ३=आसपास कोई डॉक्टर या स्वास्थ्य केंद्र नहीं है ४=स्थिति गंभीर नहीं है
88 = DON'T KNOW 99 = OTHER(SPECIFY)
८८=मालूम नहीं ९९=अन्य (उल्लेख करें)

Q908-Q917- TO BE ASKED OF EACH HOUSEHOLD MEMBER WHO WAS ILL AND SOUGHT CARE
प्रश्न ६०८-६१७ - परिवार के उस सदस्य से पूछने हैं जो बीमार था और जिसने देखरेख प्राप्त की

	908	909	910	911	912	913
LINE NO पंक्ति सं.	PLEASEGIVEMETHENAMESOF THEPERSONS FROM WHOM YOU SOUGHT ADVICE AND THE PROVIDERS YOU VISITED FOR TREATMENT, STARTING WITH THE FIRST PERSON OR PROVIDER YOU VISITED. जिन व्यक्तियों या इलाज करने वालों के पास आप सलाह लेने या इलाज कराने गए, उनके नाम बताएं। कृपया उस व्यक्ति का नाम पहले बताएं, जिसके पास आप इलाज या सलाह के लिए सबसे पहले गए। इसके बाद उसी क्रम में उनके नाम बताएं। AFTER LISTING THE INDIVIDUALS AND PROVIDERS, ASK QUESTIONS **908A**TO BE SURE THAT THE LISTING IS COMPLETE. व्यक्तियों या डॉक्टर/इलाज करने वालों की लिस्ट बनाने के बाद यह सुनिश्चित करने के लिए कि लिस्ट पूरी हो गई है, प्र. ६०८ए पूछें। **IN CHRONOLOGICAL ORDER** कालक्रमानुसार (जिनके पास पहले इलाज के लिए गए हों, उनका नाम पहले लिखें।)	IS THIS PERSON A MEDICAL PROVIDER? क्या व्यक्ति डॉक्टर या इलाज करने वाला है? YES= 1 (1⇨914) प्र. ६१४ पर जायें हां=१ NO=2 नहीं	WAS THIS PERSON EVER A MEDICAL PROVIDER? क्या व्यक्ति कभी डॉक्टर रहा था या लोगों का इलाज करता था? YES= 1 हां No=2 नहीं	PLEASE SPECIFY THE RELATIONSHIP OF THE PERSONS WHOM YOU ASKED FOR ADVICE ON THE ILLNESS जिस व्यक्तियों से आपने बीमारी के बारे में सलाह मांगी उनके साथ आपका क्या संबंध है? SEE CODES BELOW नीचे दिये कोड देखें	HOW MUCH DID YOU SPEND ON THIS TREATMENT, APPROXIMATELY? इस उपचार में कितना खर्च आया?	Did this person recommend you seek medical care? क्या आपको (नाम) ने डॉक्टर के पास जाने की सलाह दी?
01						
02						
03						
04						
05						

06						
07						
08						
09						

CODES FOR Q911
प्रश्न ९११ के लिए कोड

01 = WIFE / HUSBAND पत्नी/पति
02 = OTHER RELATIVE अन्य रिश्तेदार
09 = NON-RELATIVES/FRIENDS/NEIGHBOURS गैर-रिश्तेदार/मित्र/पड़ौसी
99=OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)

Q914 TO Q917 FOR ALL PROVIDERS VISITED (IF CODE 1 IN Q909)
उन सभी डॉक्टरों या इलाज करने वालों के लिए जिनके पास गये (यदि प्र.९०९ में १ का कोड है)

	914	915	915 A	915 B	916					917				
LINE NO.	WHAT IS THE CATEGORY OF PROVIDER? सेवा प्रदाता का वर्ग क्या है? **SEE CODES BELOW** नीचे के कोड्स देखें	WHERE WAS THE PROVIDER LOCATED सेवा प्रदाता कहां स्थित था? 1 = INSIDE CATCHMENT १. कैचमेंट क्षेत्र के अंदर 2= OUTSIDE CATCHMENT २. कैचमेंट क्षेत्र के बाहर	PLEASE SPECIFY THE TOTAL NO. OF VISITS TO THE PROVIDER कृपया बताएं कि डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास कुल कितनी बार गये?	HOW MUCH TIME DID YOU SPEND ON TRAVELLING (TO AND FROM) TO THE PROVIDER? डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास आने-जाने में (दोनों तरफ का) कुल कितना समय लगा? CANT SAY = 998 कह नहीं सकते=९९८	WHAT WAS THE TOTAL COST OF THE TREATMENT? (INCLUDE ATTENDANT COSTS) (IN RS.) उपचार पर कुल कितना खर्च हुआ (तीमारदार या साथ जाने वाले पर हुए खर्च को मिलाकर) (रु. में)					PLEASE RATE THE LEVEL OF SATISFACTION ON A SCALE OF 1 TO 5 FOR THE TREATMENT BY THE PROVIDER. डॉक्टर के उपचार से आप कितना संतुष्ट हैं, उसे १ से ५ के पैमाने पर अंक दें **STRONGLY DISAGREE=1, DISAGREE=2, NEUTRAL=3, AGREE=4, STRONGLY AGREE=5** पूरी तरह अहसमत=१, असहमत=२, तटस्थ=३, सहमत=४, पूरी तरह सहमत=५ CANT SAY = 998 कह नहीं सकते=९९८				
					A. CONSULTATION, MEDICINES, AND TESTS ए. परामर्श, दवाएं और जांचें	B. TRAVEL यात्रा	**C. IF APPLICABLE** HOSPITALIZATION CHARGES INCLUDING FOOD, ACCOMMODATION ETC. यदि लागू हो तो भोजन और रहने की जगह पर हुए	D. ANY OTHER COST? कोई अन्य खर्च	E. TOTAL COST कुल खर्च	A.THIS PROVIDER HAS ALL THE MEDICINES NEEDED BY YOU ए. इस डॉक्टर या इलाज करने वाले के पास आपके लिए	B.THE DOCTOR GAVE YOU COMPLETE INFORMATION ABOUT YOUR ILLNESS बी. डॉक्टर ने आपको बीमारी के बारे में पूरी जानकारी दी।	C.PROVIDER STAFF TALK POLITELY सी. डॉक्टर या इलाज करने वाले के कर्मचारियों ने नम्रता के साथ बात की	D.YOU ARE GIVEN ENOUGH TIME TO TELL THE DOCTOR EVERYTHING डी. आपको पूरा समय दिया गया था कि आप डाक्टर को	E.THE CLEANLINESS OF THE FACILITIES IS ADEQUATE ई. उस अस्पतालों/क्लीनिकों/डिस्पेंसरियों में पर्याप्त (काफी) सफाई थी

							खर्च आदि को मिलाकर अस्पताल में भरती होने पर हुआ खर्च			सभी दवाएं थीं ।			सारी बातें सही से बता पाए।	
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														

CODES FOR Q914

01 = GOVERNMENT DOCTOR/HOSPITAL 02 = SKY NETWORK PROVIDER 03 = Private clinic with MBBS/ MD etc 04 = INFORMAL PROVIDER/ JHOLA CHAAP DR
05 =PHARMACY OR MEDICAL STORE 06 =AYUSH doctor 07 = SERVICE PROVIDER LIKE ANM/ASHA/AWW 08 =DON'T KNOW 09 = DON'T REMEMBER

१: सरकारी डॉक्टर/अस्पताल २: स्काई नेटवर्क का डॉक्ट/सेवा प्रदाता ३: निजी/प्राईवेट डॉक्टर एमबीबीएस/एमडी ४: मोहल्ले का डॉक्टर/झोला छाप डॉक्टर ५: दवाई की दुकान वाला
६: आयूश डॉक्टर ७: आशा/एएनएम/कोई अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ८: मालुम नहीं ९: याद नहीं

908A: JUST TO MAKE SURE THAT I HAVE A COMPLETE LISTING, ARE THERE ANY OTHER PERSONS SUCH AS FRIENDS, NEIGHBORS, RELATIVES, PHARMACISTS, DOCTORS OR NURSES FROM WHOM YOU SOUGHT ADVICE FOR THE ILLNESS?

९०८ए: यह सुनिश्चित करने के लिए आपकी लिस्ट पूरी हो गई है, पूछें - क्या मित्र, संबंधी, फार्मासिस्ट, डॉक्टर या नर्स जैसे कोई और व्यक्ति भी है, जिनसे आपने बीमारी के संबंध में सलाह मांगी।

YES ☐ **ADD TO TABLE** **NO** ☐
हां तालिका में जोड़ें नहीं

917F	DID YOU TAKE ANY ANTIBIOTICS FOR THIS ILLNESS (GIVEN TO YOU BY A DOCTOR OR PURCHASED YOURSELF)? क्या इस बीमारी के लिये मरीज ने खुद खरीदकर या डॉक्टर द्वारा दी गयी ऐंटीबायोटिक का सेवन किया था?	YES.....1 NO.....2	
918	DID YOU UNDERTAKE ANY SELF-TREATMENT FOR THE ILLNESS? क्या आपने बीमारी का खुद भी कोई इलाज किया?	YES हां.....1 NO नही.....2	2 ⇨Q920
919	HOW MUCH DID YOU SPEND ON THESE ITEMS APPROXIMATELY? इन चीजों पर आपने लगभग कितना खर्च किया?	IN RUPEES _____ रुपये में	
920	DID/DO YOU BUY ANY SUPPLEMENTS FOR DIET BECAUSE OF THE ILLNESS, FOR EXAMPLE VITAMINS, MEAT, ENERGY DRINKS, SOFT DRINKS, FRUITS OR MEDICINES? क्या बीमारी होने की वजह से आपने मरीज की खुराक के लिए पूरक पदार्थ खरीदे थे/खरीदते हैं, जैसे कि विटामिन, मांस, एनर्जी ड्रिंक, सॉफ्ट ड्रिंक, फल या दवाएं?	YES हां.....1 NO नही.....2	2 ⇨Q923
921	IF YES, WHAT KIND OF ITEMS? (SPECIFY ALL THAT APPLY) यदि हां तो कौन सी चीजें खरीदीं (जो लागू हो उसका उल्लेख करें)	FRUITS .....1 फल DRINKS .....2 पेय VITAMINS/HERBS .....3 विटामिन/जड़ी-बूटी MEAT .....4 मांस VEGETABLES.....5 सब्जियां OTHER (SPECIFY)..... 6 अन्य (उल्लेख करें)	
922	HOW MUCH DID YOU SPEND ON THESE ITEMS APPROXIMATELY? इन चीजों पर आपने लगभग कितना पैसा खर्च किया?	IN RUPEES _____ रुपयों में	

924	WHAT SOURCES OF YOUR OWN OR YOUR HOUSEHOLD MONEY DID YOU RELY ON TO PAY FOR THE HEALTH RELATED COSTS? ENTER AMOUNT IN RUPEES. IF DON'T REMEMBER SOURCE, USE "OTHER" स्वास्थ्य से जुड़े खर्चों के लिए पैसे का इंतजाम खुद के या परिवार किस साधन/स्रोत की मदद से किया करते हैं?		YES हां	NO नहीं	AMOUNT राशि
		1= REDUCED SAVINGS बचत के पैसे से दिये	1	2	RS_____ रुपये
		2= REDUCED CONSUMPTION / REGULAR MONTHLY EXPENDITURES उपभोग/नियमित मासिक व्यय में कमी	1	2	RS_____ रुपये
		3=CHILDREN DROPPED OUT FROM SCHOOL बच्चों को स्कूल से निकाला	1	2	RS_____ रुपये
		4=SOLD JEWELLERY AND HOUSEHOLD GOODS गहने और घर के सामान बेचे	1	2	RS_____ रुपये
		5=SOLD LIVESTOCK मवेशी बेचे	1	2	RS_____ रुपये
		6=REDUCED OR DELAYED INVESTMENTS निवेश कम किये या उनमें देरी की	1	2	RS_____ रुपये
		7=MORTGAGED ASSETS परिसंपत्तियों को गिरवी रखा	1	2	RS_____ रुपये
		8=BORROWED MONEY पैसा उधार लिया	1	2	RS_____ रुपये
		9=GOVERNMENT PROGRAMS सरकारी कार्यक्रम	1	2	RS_____ रुपये
		10=PRIVATE INSURANCE निजी बीमा	1	2	RS_____ रुपये
		11=GIFTS FROM NEIGHBOURS / FRIENDS / RELATIVES पड़ौसियों/मित्रों/रिश्तेदारों से उपहार	1	2	RS_____ रुपये
		12= TREATMENT ON CREDIT FROM DOCTOR (DOCTOR SAID TO PAY LATER) डॉक्टर ने कहा बाद में पैसे दे देना।	1	2	
		13= PAYED IN KIND किसी चीज के बदले	1	2	
		14=OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	1	2	RS_____ रुपये

925	IF CODED 8 I.E. BORROWED MONEY, PLEASE SPECIFY THE SOURCE OF FOR THE BORROWING, ELSE GO TO NEXT SECTION यदि "८" का कोड है यानी उत्तर पैसा उधार लेने के स्रोत का उल्लेख करें, नहीं तो अगले भाग पर जायें	YES हां	NO नहीं	AMOUNT IN RS. राशि रु. में	RATE OF INTEREST (IN %) ब्याज की दर (प्रतिशत में) DURATION अवधी	RATE (IN %) दर (प्रतिशत में)	ALREADY REPAID? पहले ही चुका दिया? YES हां =1 NO नहीं = 2
	PERSON-TO-PERSON LOANS व्यक्ति से व्यक्ति को कर्ज	1	2		Monthly…..1 मासिक		
	BANK / COMMERCIAL LENDER बैंक/व्यावसायिक ऋणदाता	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly 2		
	TRADITIONAL MONEY LENDER पारंपरिक ऋणदाता या साहूकार/महाजन	1	2		Monthly…..1 मासिक Yearly……2 वार्षिक		
	EMPLOYER मालिक या नौकरी देने वाले से	1	2		Monthly…..1 मासिक		

	OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	1	2		Monthly…..1 मासिक		
926	IF BORROWED MONEY, FROM PERSON TO PERSONPLEASE SPECIFY THE SOURCE OF FOR THE BORROWING यदि किसी व्यक्ति से कर्ज लिया है तो कृपया उसके बारे में बताएं।	01 = WIFE / HUSBAND पत्नी/पति 02 = OTHER RELATIVE अन्य रिश्तेदार 03 = NON-RELATIVES/FRIENDS/NEIGHBOURS गैर-रिश्तेदार/मित्र/पड़ौसी 98 = DON'T KNOW मालूम नहीं 99=OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)					

Q. NO. iz-la-	QUESTIONS प्रश्न	CODE कोड	SKIP छोड़ें
927	IN THE LAST15 DAYS, DID ANY MEMBER OF THE HOUSEHOLD SEEK PREVENTIVE CARE FROM ANY DOCTOR OR MEDICAL PROVIDER? पिछले १५ दिनों में क्या किसी डॉक्टर या इलाज करने वाले से कोई रोकथामकारी देखरेख प्राप्त की है?	YES ..... 1 हां NO ..... 2 नहीं DK ..... 88 मालूम नहीं	IF 2 ⇨ NEXT SECTION

Q928-Q933 TO BE ASKED FOR ALL INDIVIDUALS IN THE HOUSEHOLD SEEKING PREVENTIVE CARE

प्रश्न ६२८-६३३ रोकथामकारी देखरेख प्राप्त करने वाले परिवार के लोगों से पूछने हैं

	928	929	930	931	932					933				
LINE NO. लाइन संख्या	WHAT IS THE CATEGORY OF PROVIDER VISITED FOR PREVENTIVE CARE? इलाज करने वाले का वर्ग रोकथामकारी देखरेख के लिए जिस सेवा प्रदाता के पास गये **SEE CODES BELOW** नीचे के कोड्स देखें	WHERE WAS THE PROVIDER LOCATED इलाज करने वाला कहां स्थित था 1 = INSIDE CATCHMENT १= कैचमेंट क्षेत्र के अंदर 2= OUTSIDE CATCHMENT २= कैचमेंट क्षेत्र के बाहर	PLEASE SPECIFY THE TOTAL NO. OF VISITS TO THE PROVIDER आप इस इलाज करने वाले के पास कुल कितनी बार गये?	HOW MUCH TIME DID YOU SPEND ON TRAVELLING (TO AND FROM) TO THE PROVIDER? इलाज करने वाले के पास जाने और आने में आपको कुल कितना समय लगा?	WHAT WAS THE TOTAL COST OF THE PREVENTIVE CARE? (INCLUDE ATTENDANT COSTS) (IN RS.) रोकथामकारी देखरेख पर (साथ जाने वाले की लागत सहित) कुल खर्च कितना हुआ (रुपयों में)					PLEASE RATE THE LEVEL OF SATISFACTION ON A SCALE OF 1 TO 5 FOR THE TREATMENT BY THE PROVIDER. STRONGLY DISAGREE=1, DISAGREE=2, NEUTRAL=3, AGREE=4, STRONGLY AGREE=5 सेवा प्रदाता द्वारा किये गये उपचार से आपको जो संतुष्टि मिली उसका १ से ५ के पैमाने पर श्रेणीकरण करें पूरी तरह अहसम=१, असहमत=२, तटस्थ=३, सहमत=४, पूरी तरह सहमत=५ NOT APPLICABLE = 998 लागू नहीं=९९८				
					A. CONSULTATION, MEDICINES, AND TESTS ए. परामर्श, दवाएं और जांचें	B. TRAVEL बी. यात्रा	**C. IF APPLICABLE** HOSPITALIZATION CHARGES INCLUDING FOOD, ACCOMMODATION ETC. सी. यदि लागू हो तो भोजन, आवास, आदि सहित अस्पताल में भर्ती होने का खर्च	D. ANY OTHER COST? डी. कोई अन्य लागत	E. TOTAL COST ई. कुल लागत	A.THIS PROVIDER HAS ALL THE MEDICINES NEEDED BY YOU ए. इस सेवा प्रदाता के पास आपके लिए आवश्यक सभी दवाएं हैं	B.THE DOCTOR GAVE YOU COMPLETE INFORMATION ABOUT YOUR ILLNESS बी. डॉक्टर ने आपकी बीमारी के बारे में आपको पूरी जानकारी दी?	C.PROVIDER STAFF TALK POLITELY सी. सेवा प्रदाता के कर्मचारियों ने नम्रता के साथ बात की।	D.YOU ARE GIVEN ENOUGH TIME TO TELL THE DOCTOR EVERYTHING डी. डॉक्टर को सब कुछ बताने के लिए आपको पर्याप्त समय दिया गया	E.THE CLEANLINESS OF THE FACILITIES IS ADEQUATE ई. सुविधा में पर्याप्त साफ-सफाई थी
01														
02														
03														
04														

05														
06														
07														
08														
09														

CODES FOR Q928

01 = GOVERNMENT DOCTOR/HOSPITAL 02 = SKY NETWORK PROVIDER 03 = Private clinic with MBBS/ MD etc 04 = INFORMAL PROVIDER/ JHOLA CHAAP DR
05 =PHARMACY OR MEDICAL STORE 06 = AYUSH DOCTOR 07 =OTHER PRIVATE DOCTOR/HOSPITAL 08 = SERVICE PROVIDER LIKE ANM/ASHA/AWW
09 =DON'T KNOW 10 = DON'T REMEMBER

१: सरकारी डॉक्टर/अस्पताल २: स्काई नेटवर्क का डॉक्ट/सेवा प्रदाता ३: निजी/प्राईवेट डॉक्टर एमबीबीएस/एमडी ४: मोहल्ले का डॉक्टर/झोला छाप डॉक्टर ५: दवाई की दुकान वाला
६: आयूश डॉक्टर ७: आशा/एएनएम/कोई अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ८: मालुम नहीं ९: याद नहीं

SECTION 10: CONSUMPTION AND INCOME

भाग १०: लागत और आय

	FOOD CONSUMPTION भोजन की खपत					
	1001	**1002**	**1003**	**1004**	**1005**	**1006**
	IN THE PAST 7 DAYS HOW MUCH DID THE HOUSEHOLD CONSUME THE FOLLOWING ITEMS? पिछले ७ दिनों मे आपके परिवार ने इन चीजों का कितना इस्तेमाल किया है?	WHETHER CONSUMED? क्या आपने इसका इस्तेमाल किया? YES हां=1 NO नहीं =2	HOW MUCH (KGS/GRAMS)? मात्रा (कि.ग्रा. में)	WAS THIS HOME GROWN OR IN KIND=1 PURCHASED=2 BOTH PURCHASED AND IN KIND? =3 क्या घर में उगाया गया था या किसी वस्तु के बदले में था=१ खरीदा था=२ खरीदा था और वस्तु के बदले में भी था=३	**IF CODED 2 IN Q1004** **यदि प्रश्न संख्या १००४ में २ कोड हो,** HOW MUCH DID YOU PAY FOR THE QUANTITY YOU PURCHASED? **इस मात्रा में खरीदने के लिये आपने कितने पैसे दिये थे?**	**IF CODED 1 OR 3 IN Q1004** **यदि प्रश्न संख्या १००४ में ३ कोड हो,** HOW MUCH WOULD HAVE COST YOU TO PURCHASE THE QUANTITY YOU GREW OR RECEIVED IN KIND IN PAST 7 DAYS? **आपने जिस मात्रा में उगाया था या पिछले ७ दिनों में आपने बदले से जो प्राप्त किया उसकी बाजार में क्या कीमत होगी?**
1	RICE चावल		☐☐.☐☐ KG GRAM			
2	WHEAT गेहूं		☐☐.☐☐ KG GRAM			
3	OTHER CEREALS अन्य अनाज		☐☐.☐☐ KG GRAM			
4	PULSES AND PULSE PRODUCTS (INCLUDES SOYABEAN, GRAM) दालें और दाल से बनी चीजें, (सोयाबीन, चना सहित)		☐☐.☐☐ KG GRAM			
5	MEAT, CHICKEN AND FISH मांस, मुर्गी और मछली		☐☐.☐☐ KG GRAM			
6	EDIBLE OIL AND VANASPATI खाने/पकाने का तेल और वनस्पति		☐☐.☐☐ KG GRAM			
7	MILK AND MILK PRODUCTS LIKE GHEE, BUTTER, ICE CREAM,MILK POWDER, DAHI, PANEER, ETC. दूध और दूध से बने उत्पाद जैसे घी, मक्खन, आइस क्रीम, पावडर, दही, पनीर इत्यादि		☐☐.☐☐ KG GRAM			

8	VEGETABLES (INCLUDING GARLIC, GINGER) सब्जियां (लहसुन, अदरक सहित)		☐☐☐☐ KG GRAM			
9	ANY OTHER (SPECIFY) कोई अन्य (उल्लेख करें)		☐☐☐☐ KG GRAM			

1007	**OVER THE PAST 30 DAYS WHAT WAS THE TOTAL VALUE OF THE FOLLOWING ITEMS THAT THE HOUSEHOLD CONSUMED?** पिछले ३० दिनों के दौरान परिवार ने कितनी कीमत की इन चीजों का इस्तेमाल किया ?	**TOTAL VALUE (IN RS.)** कुल कीमत (रु. में)
1	PAAN पान	
2	TOBACCO तम्बाकू	
3	ALCOHOL शराब	

1008	**IN THE PAST 30 DAYS, HOW MUCH DID YOU CONSUME (IN RS.) OF THE FOLLOWING ITEMS? (INCLUDES PURCHASED AND RECEIVED IN-KIND)** पिछले ३० दिनों मे आपने इन चीजों पर कितना खर्च (रुपए में) किया? (किसी चीज के बदले देकर खरीदी गई चीज सहित)	
	ITEM वस्तु	**NOT APPLICABLE-9998** लागू नहीं **DON'T KNOW-9999** मालूम नहीं **RS.** रु. में
1	FOOD AT RESTAURANTS (EATING OUT) रेस्त्रां में (घर से बाहर जाकर) खाने पर	
2	FUEL AND LIGHT (LPG, ELECTRICITY, FIREWOOD) EXCLUDE KEROSENE ईंधन और प्रकाश (एलपीजी, बिजली, जलावन की लकड़ी) मिट्टी के तेल को छोड़कर	
3	ENTERTAINMENT (INCLUDES CINEMA, PICNIC, SPORTS,VIDEO.) मनोरंजन (सिनेमा, पिकनिक, खेल-कूद, वीडियो कैसेट आदि)	
4	TELEPHONE	

	टेलीफोन	
5	CABLE & INTERNET केबल और इंटरनेट	
6	PERSONAL CARE (INCLUDES SPECTACLES, TORCH, UMBRELLA, LIGHTER, ETC.) अपने जरूरत की चीजें (चश्में, टार्च, छाता, लाइटर आदि)	
7	TOILET ARTICLES (INCLUDES TOOTHPASTE, HAIR OIL, SHAVING BLADES, ETC. प्रसाधन सामग्री (टूथपेस्ट/मंजन, केश तेल, शेविंग ब्लेड आदि)	
8	HOUSEHOLD ITEMS (INCLUDES ELECTRIC BULB, TUBELIGHT, GLASSWARE, BUCKET, WASHING SOAP, AGARBATI, INSECTICIDE, ETC.) घरेलू चीजें (बिजली का बल्ब, ट्यूब लाइट, कांच के बर्तन, बाल्टी, कपड़े धोने का साबुन, अगरबत्ती, कीड़े मारने की दवा आदि)	
9	CONVEYANCE (INCLUDES RAILWAY, BUS, TAXI, RICKSHAW, AIR FARES, PORTER CHARGES, DIESEL, PETROL, SCHOOL, BUS/VAN, ETC.) यात्रा (रेल, बस, टैक्सी, रिक्शा, हवाई किराया, कुली, डीजल, पेट्रोल, स्कूल बस/वैन आदि)	
10	HOUSE RENT, RENT (ALSO FOR RENTED HOUSEHOLD APPLIANCES, FURNITURE, ETC) मकान किराया (किराए पर ली गई घरेलू चीजों, फर्नीचर के किराए सहित)	
11	SERVICES (DOMESTIC SERVANTS, OTHER) सेवा (घरेलू नौकर, अन्य)	

1009	**IN THE PAST 12 MONTHS, HOW MUCH DID YOU CONSUME (IN RS.) OF THE FOLLOWING ITEMS? (INCLUDES PURCHASED AND RECEIVED IN-KIND)** पिछले १२ महीनों मे आपने इन चीजों पर कितना खर्च (रुपए में) किया? (किसी चीज के बदले देकर खरीदी गई चीज सहित)	
	ITEM	**NOT APPLICABLE-9998** लागू नहीं **DON'T KNOW-9999** मालूम नहीं **RS.** रु. में
1	SCHOOL / PRIVATE TUITION FEES (INCLUDES PRIVATE TUTOR, SCHOOL / COLLEGE FEES) स्कूल/प्राइवेट टृयूशन की फीस, (प्राइवेट ट्यूटर, स्कूल/कालेज की फीस सहित)	
2	SCHOOL BOOKS & OTHER EDUCATIONAL ARTICLES (INCLUDES NEWSPAPER, LIBRARY CHARGES,STATIONERY, INTERNET CHARGES) स्कूल की किताबें और अन्य सामान (समाचार पत्र, पुस्तकालय प्रभार, स्टेशनरी, इंटरनेट चार्जेस सहित)	
3	CLOTHING AND BEDDING	

	कपड़े और बिस्तर	
4	FURNITURE AND FIXTURES (INCLUDES BEDSTEAD, ALMIRAH, SUITCASE, CARPET, PAINTINGS, ETC.) फर्नीचर तथा दूसरे साजो-सामान (बेडसीट, आलमारी, सूटकेस, कालीन, पेंटिंग आदि सहित)	
5	CROCKERY AND UTENSILS (INCLUDES STAINLESS STEEL UTENSILS,CASSEROLES, THERMOS, ETC.) क्राकरी तथा बर्तन (स्टेनलेस स्टील के बर्तन, कैसरोल,थर्मस आदि सहित)	
6	COOKING AND HOUSEHOLD APPLIANCES (INCLUDES ELECTRIC FAN, AC, SEWING MACHINE,WASHING MACHINE, PRESSURE COOKER, REFRIG. खाना पकाने और दूसरे घरेलू सामान (बिजली का पंखा, एसी, सिलाई मशीन, वाशिंग मशीन, प्रेशर कुकर फ्रिज सहित)	
7	GOODS FOR RECREATION (INCLUDES TV, RADIO, TAPE RECORDER, MUSICAL INSTRUMENTS) मनोरंजन की वस्तुएं (टीवी, रेडियो, टेप रिकार्डर, वाद्य यंत्र सहित)	
8	JEWELRY AND ORNAMENTS गहने और आभूषण	
9	PERSONAL TRANSPORT EQUIPMENT INCLUDES BICYCLE, SCOOTER, CAR, TYRES, ETC.) निजी परिवहन के साधन (साइकिल, स्कूटर, कार, टायर आदि सहित)	
10	THERAPEUTIC APPLIANCES INCLUDES GLASS EYE, HEARING AIDS, ORTHOPAEDIC EQUIPMENT, ETC.) चिकित्सा उपकरण (चश्में, कान की मशीन, चलने के साधन आदि)	
11	OTHER PERSONAL GOODS INCLUDES CLOCK, WATCH, PC, TELEPHONE, MOBILE, TOYS ETC.) दूसरी निजी जरूरत की वस्तुएं (दीवार घड़ी, घड़ी, पीसी (कंप्यूटर), टेलीफोन, मोबाइल, खिलौने आदि)	
12	SOCIAL FUNCTIONS: (MARRIAGE, FUNERALS, GIFTS, ETC.) सामाजिक समारोह (शादी, अंतिम संस्कार, उपहार आदि सहित)	
13	RELIGIOUS EXPENSES धार्मिक अनुष्ठान, पूजा-पाठ पर खर्च	
14	OTHER अन्य	

INCOME आय			
1010	DO YOU RECEIVE ANY REMITTANCES FROM ANY OF THE HOUSEHOLD MEMBERS? क्या आपको परिवार के किसी सदस्य ने बाहर से पैसा भेजा है? (किसी के हाथ से, बैंक अकाउंट में सीधा जमा, मोबाइल मनी, मनीआर्डर आदि)	YES हां.....1 NO नही.....2	2 ⇨ Q1012 प्र. १०१२ पर जायें

1011	IF YES, THEN WHAT IS THE AMOUNT OF REMITTANCES RECEIVED IN THE LAST 12 MONTHS? (यदि हाँ) तो पिछले १२ महीनों में कितना पैसा मिला है?	IN RUPEES_____ रुपयों में	

1012A	1012B	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018
LINE NO पंक्ति सं. AUTOFILL FROM ROSTER रोस्टर से स्वयं भरा जायेगा	NAME नम AUTOFILL FROM ROSTER रोस्टर से स्वयं भरा जायेगा	IS THIS HOUSEHOLD MEMBER ENGAGED IN PAID LABOR? क्या यह सदस्य कमाई के लिए काम करता हैं? YES हां = 1 NO नहीं = 2 (GO TO NEXT MEMBER)	PRIMARY SOURCE OF INCOME आय का मुख्य स्रोत SEE CODES BELOW नीचे के कोड्स देखें	ANNUAL REVENUE वार्षिक आमदनी IN RS. रु. में	ANNUAL EXPENSE/ COST IN RS. वार्षिक खर्च/लागत रु. में	SECONDARY SOURCE OF INCOME आय का द्वितीय स्रोत SEE CODES BELOW नीचे के कोड्स देखें 08⇨ NEXT MEMBER अगली संख्या पर जायें	ANNUAL REVENUE वार्षिक आमदनी IN RS. रु. में	ANNUAL EXPENSE/ COST वार्षिक खर्च/लागत IN RS. रु. में

CODES FOR 1013 / 1016
प्रश्न १०१३/१०१६ के लिए कोड्स

01 = AGRICULTURE कृषि
02 = PETTY TRADER छोटा व्यापारी
03 = SKILLED WORKER कुशल श्रमिक
04 = LOCAL LABOUR स्थानीय मजदूरी
05 – MIGRANT LABOR प्रवासी मजदूर
06 = SALARIED वेतनभोगी
08 = NONE कोई नहीं
09 = OTHERS (IF ANY) अन्य (यदि कोई)

SECTION 11: HOUSEHOLD ASSETS

खंड ११रू पारिवारिक परिसंपत्तियां

IN THIS SECTION I WOULD LIKE TO KNOW ABOUT THE ASSETS IN YOUR HOUSEHOLD, ETC
इस खंड में हम आपसे आपके परिवार/घर की परिसंपत्तियों आदि के बारे में जानकारी लेना चाहेंगे

S. NO क्र.सं.	DESCRIPTION विवरण	OPTION विकल्प	CODE कोड	SKIP छोड़ें
1101	DOES YOUR HOUSEHOLD OWN THIS HOUSE OR ANY OTHER HOUSE? क्या यह घर आपके परिवार का अपना है या आपके परिवार का कोई दूसरा घर है	YES हां	1	
		NO नहीं	2	
1102	WHAT IS THE TYPE OF HOUSE घर कैसा है? **OBSERVE ROOF, WALL AND FLOOR AND RECORD** **छत, दीवारें और फर्श देखकर दर्ज करें**	PUCCA पक्का	1	
		SEMI PUCCA आधा पक्का	2	
		KUCCHA कच्चा	3	
1103	WHAT IS THE MAIN SOURCE OF DRINKING WATER FOR MEMBERS OF YOUR HOUSEHOLD? आपके परिवार के सदस्यों के पीने के पानी का मुख्य स्रोत क्या है? **(CHOOSE ONLY ONE OPTION)** (केवल एक विकल्प चुनें)	PIPED WATER IN RESIDENCE/YARD/PLOT घर/आंगन/प्लॉट में नल (टोंटी) का पानी	1	
		HAND PUMP IN RESIDENCE/YARD/PLOT घर/आंगन/प्लॉट में हैंडपंप/चपाकल	2	
		WELL WATER IN RESIDENCE/YARD/PLOT घर/आंगन/प्लॉट में कुएं का पानी	3	
		PUBLIC HAND PUMP सार्वजनिक हैंडपंप/सरकारी चपाकल	4	
		PUBLIC TAP सार्वजनिक नल (टोंटी)	5	
		PUBLIC WELL सार्वजनिक कुआं	6	
		BORE WELL बोर वेल	7	
		CANAL नहर	8	
		OTHER SOURCE (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	88	
1104	WHAT KIND OF TOILET FACILITY DOES YOUR HOUSEHOLD HAVE? आपके घर में किस तरह का शौचालय है? **(CHOOSE ONLY ONE OPTION)** (केवल एक विकल्प चुनें)	OPEN DEFECATION खुले में मल त्याग करते हैं	1	
		FLUSH TO PIPED SEWER SYSTEM पाइप वाले सीवर में (फ्लश) बहाया जाता है	2	
		FLUSH TO SEPTIC TANK सेप्टिक टैंक में (फ्लश) बहाया जाता है	3	
		FLUSH TO PIT LATRINE गड्ढे वाली (पिट) लैट्रीन में (फ्लश) बहाया जाता है	4	
		FLUSH TO SOMEWHERE ELSE कहीं और बहाया (फ्लश किया) जाता है	5	
		VENTILATED IMPROVED PIT BIOGAS LATRINE वेन्टिलेटेड उन्नत पिट बायोगैस लैट्रीन	6	
		PIT LATRINE WITH SLAB ढक्कन (स्लैब) वाली पिट लैट्रीन	7	
		PIT LATRINE WITHOUT SLAB/ OPEN PIT बिना ढक्कन (स्लैब) वाली पिट लैट्रीन/खुली पिट	8	

		TWIN PIT/COMPOSTING TOILET दोहरी पिट/ कम्पोस्ट बनाने वाला शौचालय	9	
		DRY TOILET सूखा शौचालय	10	
		OTHERS (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	88	
1105	WHAT IS THE MAIN SOURCE OF LIGHTING FOR YOUR HOUSEHOLD? आपके परिवार/घर में प्रकाश व्यवस्था का मुख्या स्रोत क्या है? **(CHOOSE ONLY ONE OPTION)** **(केवल एक विकल्प चुनें)**	ELECTRICITY बिजली	1	
		KEROSENE LAMP मिट्टी के तेल का दीपक/लानटेन/लैम्प	2	
		GAS LAMP गैस का दीपक/लैंप	3	
		CANDLE मोमबत्ती	4	
		SOLAR ENERGY सौर ऊर्जा	5	
		OTHER (SPECIFY) कोई अन्य (उल्लेख करें)	8	
1106	WHAT TYPE OF FUEL DOES YOUR HOUSEHOLD COMMONLY USE FOR COOKING? आम तौर पर आपके परिवार में खाना पकाने के लिए किस ईंधन का इस्तेमाल किया जाता है? **(CHOOSE ONLY ONE OPTION)** **(केवल एक विकल्प चुनें)**	WOOD लकड़ी	1	
		CROP RESIDUES फसल के डांठ (फूस, पतवार आदि)	2	
		DUNG CAKES उपले	3	
		COAL/ CHARCOAL कोयला/चारकोल	4	
		KEROSENE मिट्टी का तेल	5	
		ELECTRICITY बिजली	6	
		LIQUID PETROLEUM GAS गैस (एलपीजी)	7	
		BIO-GAS गोबर (बायो) गैस	8	
		OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	88	
1107	WHAT IS THE MAIN MATERIAL OF WHICH THE FLOOR IS MADE OF? आपके घर का फर्श मुख्यतः किस चीज का बना है? **RECORD OBSERVATION** देख कर दर्ज करें	NATURAL FLOOR (MUD/CLAY/SAND/DUNG) प्राकृतिक फर्श (मिट्टी/बालू/गोबर)	1	
		RUDIMENTARY FLOOR (RAW WOODEN PLANKS/ BAMBOO/STONE/BRICK) अर्धविकसित फर्श (लकड़ी के फट्टे/बांस/ पत्थर/ईंट से बना हुआ)	2	
		FINISHED FLOOR (MARBLE/CEMENT/TILES/POLISHED WOOD OR STONE) तैयार फर्श (संगमरमर (मार्बल)/सीमेंट/टाइलें/ पालिश लकड़ी या पत्थर से बना हुआ)	3	
1108	WHAT IS THE MAIN MATERIAL OF WHICH THE ROOF IS MADE OF? आपके घर की छत मुख्यतः किस चीज से बनी है? **RECORD OBSERVATION** देख कर दर्ज करें	NATURAL ROOF (NO ROOF/THATCH/GRASS/MUD/PLASTIC OR POLYTHENE SHEET) प्राकृतिक छत (कोई छत नहीं/छप्पर/ घास- फूस/मिट्टी/प्लास्टिक या पॉलीथीन शीट)	1	
		RUDIMENTARY ROOF ((MAT/BAMBOO/UNBURNT BRICK/RAW WOODEN PLANKS/STONES) अर्ध विकसित छत (चटाई/बांस/कच्ची ईंट/ लकड़ी के फट्टे/पत्थर)	2	
		FINISHED ROOF (METAL/CEMENT/WOOD/ASBESTOS SHEETS/TILES/CONCRETE/BURNT BRICKS) तैयार छत (धातु/सीमेंट/लकड़ी/एस्बेस्टस शीट/टाइल/खपरैल/कान्क्रीट/पकी ईंटो से बनी)	3	

1109	WHAT IS THE MAIN MATERIAL OF WHICH THE EXTERIOR WALLS ARE MADE OF? आपके घर की बाहरी दीवारें मुख्यतः किस चीज से बनी हैं? **RECORD OBSERVATION** देख कर दर्ज करें	NATURAL WALL (NO WALL/THATCH/GRASS/MUD/CANE /BAMBOO) प्राकृतिक दीवारें (कोई दीवार नहीं/छप्पर/घास -फूस/बेंत/बांस)		1	
		RUDIMENTARY WALL (MAT/BAMBOO/UNBURNT BRICK/RAW WOODEN PLANKS/STONES) अर्ध विकसित दीवारें (चटाई/बांस/कच्ची ईंट/लकड़ी के फट्टे/पत्थर)		2	
		FINISHED WALL (METAL/CEMENT/WOOD/ASBESTOS SHEETS/TILES/CONCRETE/BURNT BRICKS) तैयार दीवारें (धातु/सीमेंट /लकड़ी/एस्बेस्टस षीट/ टाइल/खपरैल/कान्क्रीट/पकी ईंटो से बनी)		3	
1110	WHAT IS THE TYPE OF WINDOWS IN THE HOUSE? आपके घर की खिड़किया किस प्रकार की हैं? **RECORD OBSERVATION** देख कर दर्ज करें	WINDOW WITH SCREENS चिक/पर्दा लगी खिड़कियां		1	
		WINDOW WITH GLASS कांच लगी खिड़कियां		2	
		WINDOW WITH SHUTTERS OR CURTAINS पल्ले या पर्दा लगी खिड़कियां		3	
		ANY OTHER WINDOW कोई अन्य खिड़की		4	
		NONE कोई नहीं		5	
1111	HOW MANY ROOMS IN THIS HOUSE ARE USED FOR SLEEPING? घर में सोने के लिए कितने कमरों का उपयोग किया जाता है?	ROOMS ☐☐ कमरे			
1112	DOES YOUR HOUSEHOLD OWN ANY OF THE FOLLOWING ITEMS: क्या आपके घर में इनमें से कोई सामान है? (ITEMS ARE TO BE IN WORKING CONDITION) (ये सामान चालू हालत में होनी चाहिए) **READ EACH ITEM ALOUD AND RECORD RESPONSE BEFORE PROCEEDING TO THE NEXT ITEM** प्रत्येक वस्तु का नाम जोर से पढ़ कर सुनाएं और अगली वस्तु पर जाने से पहले उत्तर दर्ज करें	**ITEM** वस्तु	**YES** हां	**NO** नहीं		
		ELECTRIC CONNECTION बिजली का कनेक्शन	1	2	
		PRESSURE COOKER प्रेशर कुकर	1	2	
		MIXER/GRINDER मिक्सर/ग्राइंडर	1	2	
		MOTORCYCLE/SCOOTER मोटरसाइकल/स्कूटर	1	2	
		CAR/JEEP कार/जीप	1	2	
		TRACTOR ट्रैक्टर	1	2	
		BICYCLE साइकल	1	2	
		ANIMAL-DRAWN CART पशुओं द्वारा खींची जाने वाली गाड़ी	1	2	
		CHAIR कुर्सी	1	2	
		TABLE मेज	1	2	
		COT/ BED पलंग/बिस्तर	1	2	
		MATTRESS गद्दे	1	2	
		CLOCK OR WATCH	1	2	

		दीवार घड़ी या घड़ी			
		ELECTRIC FAN बिजली का पंखा	1	2	
		WATER PUMP पानी का पंप	1	2	
		THRESHER थ्रैशर	1	2	
		RADIO/TRANSISTOR रेडियो/ट्रांजिस्टर	1	2	
		SEWING MACHINE सिलाई मशीन	1	2	
		REFRIGERATOR रेफ्रिजरेटर	1	2	
		B & W TELEVISION काला/सफेद टीवी	1	2	
		COLOUR TELEVISION रंगीन टेलिविजन	1	2	
		TELEPHONE टेलिफोन	1	2	
		COMPUTER कंप्यूटर	1	2	
		CELL PHONE सेल फोन	1	2	
1113	DOES YOUR HOUSEHOLD HAVE A BANK ACCOUNT OR POST-OFFICE ACCOUNT? क्या आपके परिवार का बैंक या डाकघर में कोई खाता है?	YES, BANK ACCOUNT हां, बैंक खाता	1		
		YES, POST OFFICE ACCOUNT हां पोस्ट ऑफिस खाता	2		
		BOTH दोनों	3		
		NONE कोई नहीं	4		
1113A	DOES YOUR HOUSEHOLD HAVE A CREDIT CARD OR DEBIT CARD? (EG. KISAN CREDIT CARD, ATM CARD) क्या आपके परिवार के पास क्रेडिट कार्ड या डेविट कार्ड है? (उदाहरण के लिए किसान क्रेडिट कार्ड, एटीएम कार्ड)	YES ळां	1		
		NO न्हीं	**2**		
1114	DOES YOUR HOUSEHOLD OWN LIVESTOCK? क्या आपके पास मवेशी हैं?	YES हां		1	2 ⇨Q1116 प्र. १११६ पर जायें
		NO नहीं		**2**	

1115	WHAT ALL DOES LIVESTOCK INCLUDE: इन मवेशियों में क्या-क्या हैं:	YES हां	NO नहीं	NUMBER संख्या
	BULLOCKS बैल	1	2	☐☐
	BUFFALO/ COW/ CROSS BRED COW गाय /संकर नस्ल/जर्सी गाय	1	2	☐☐
	GOATS/LAMBS बकरी/मेमने	1	2	☐☐
	मुर्गे/मुर्गियां/बतखें	1	2	☐☐
	OTHER (SPECIFY) अन्य (उल्लेख करें)	8	8	☐☐

1116	DOES THIS HOUSEHOLD HAVE ANY AGRICULTURAL LAND? क्या इस परिवार के पास खेतिहर जमीन है?	YES हां	1	2 ⇨NEXT SECTION अगले भाग में जायें
		NO नहीं	**2**	
1117	HOW MUCH AGRICULTURAL LAND DOES THIS HOUSEHOLD OWN? इस परिवार के पास कितनी खेतिहर जमीन है? **(INVESTIGATOR NOTE: PLEASE SPECIFY THE UNIT OF MEASUREMENT AND THE ACRE EQUIVALENT OF THE LOCAL UNIT OF MEASUREMENT E.G. BIGHAS, KATHTHA DHUR, BISWA ETC.)** (अनुसंधानकर्ता ध्यान दें: कृपया माप की स्थानीय इकाई का उल्लेख करें, जैसे कि एकड़, बीघा, काथा धुर बिस्वा इत्यादि)	OWN LAND अपनी जमीन	☐☐.☐☐ _____	
		LEASED LAND पट्टे पर ली गई जमीन	☐☐.☐☐ _____	
1118	OUT OF THIS LAND, HOW MUCH IS IRRIGATED? इस जमीन में से कितनी सिंचित है? **(INVESTIGATOR NOTE: PLEASE SPECIFY THE LOCAL UNIT OF MEASUREMENT E.G. ACRES, BIGHAS, KATHTHA DHUR, BISWA ETC.)** (अनुसंधानकर्ता ध्यान दें: कृपया माप की स्थानीय इकाई का उल्लेख करें, जैसे कि एकड़, बीघा, काथा धुर बिस्वा इत्यादि)	IRRIGATED सिंचित	☐☐.☐☐ _____	
		UNIRRIGATED असिंचित	☐☐.☐☐ _____	

SECTION 12: GROUPS, TRUST AND SOLIDARITY
भाग १२: समूह, विश्वास और एकजुटता

1204	HOW MANY PEOPLE OUTSIDE OF YOUR HOUSEHOLD WOULD YOU LEND MONEY TO IF THEY HAD A HEALTH EMERGENCY? अपने परिवार से बाहर के कितने लोगों को आप उन पर स्वास्थ्य संबंधी संकट आने पर पैसा उधार देंगे **RURAL:** ENOUGH TO PAY FOR EXPENSES FOR YUR HOUSEHOLD FOR ONE WEEK ग्रामीण–आपके परिवार के एक सप्ताह के खर्च के लिए पर्याप्त	INDIVIDUALS_____ व्यक्तिगत	
1205	HOW MANY PEOPLE OUTSIDE OF YOUR HOUSEHOLD COULD YOU BORROW MONEY FROM IF YOU HAD A HEALTH EMERGENCY? अपने परिवार के बाहर के कितने लोगों से आप कोई स्वास्थ्य संकट आने पर उधार ले सकते हैं? **RURAL:** ENOUGH TO PAY FOR EXPENSES FOR YUR HOUSEHOLD FOR ONE WEEK ग्रामीण–आपके परिवार के एक सप्ताह के खर्च के लिए पर्याप्त	INDIVIDUALS_____ व्यक्तिगत	