Data Collection Questionnaire (Mother)

Title of the study: "Child Health, Nutrition and Microbiome Development; a Prospective Cohort Study from Pakistan (CHAMP)

Participant number: ☐☐☐☐ **Visit number:** ☐

A: Household Socio-economic status

S#	Questions	Responses
A1	*What is your age? In years*	
A2	Total number of household members	
A3	What is your highest level of education attained (Mother)? In years	
A4	What is the highest educational level completed by the father/Guardian? In years	
A5	Father / guardian profession	
A6	What is your family monthly household income? From all sources:	
A7	What is ownership status of household? Highlight one option	☐ Own ☐ Rented ☐ Others specify
A8	How many rooms in your household are used for sleeping?	
A9	Do you have a separate room which is used as a kitchen?	☐ Yes ☐ No
A10	Does the household have toilet facility?	☐ Yes ☐ No
A11	What is the main source of drinking water for the household?	☐ Hand pump ☐ Covered well. ☐ Motor pump ☐ Spring water ☐ Municipal/piped water ☐ Other
A12	Does the household own a	☐ Agriculture land ☐. Car/scooter/truck/other vehicle ☐. Television ☐. Dish/cable network ☐. Fridge/Freezer ☐. Computer/laptop/smart phone ☐. Internet connection ☐. livestock, animals, or poultry

B: ANTE-NATAL CARE DATA

Participant number: ☐☐☐☐ **Visit number:** ☐

S #	QUESTION	RESPONSE
B1	کیاآپ نے گزشتہ حمل کےدوران کسی سے اپنا طبی معائنہ کرایاتھا؟	Yes - ہاں No - نہیں
B2	آپ نے کس سے معائنہ کروایاتھا؟	1 ---------- Gynaecologistگائنا کالوجسٹ 2 ---------- Other doctorکوئی دوسرا ڈاکٹر 3 ---------- Nurseنرس 4 ---------- LHWلیڈی ہیلتھ ورکر 5 ---------- TBAدائی 6 ---------- Other (specify) دیگر ضاحت کریں
B3	آپ نے یہ معائنہ کہاں کروایا تھا؟	1 Home…… 2 ---------- Government Hospital سرکاری ہسپتال 3 ---------- Private Hospitalنجی ہسپتال
B4	گزشتہ حمل کے دوران آپ نے کتنی مرتبہ اپنا معائنہ کروایا؟	------ معائنوں کی تعداد معلوم نہیں
B5	آپ کے حمل کے دوران طبی معائنہ کے وقت کیا مندرجہ ذیل میں سے کوئی عمل کم از کم ایک دفعہ کیا تھا (ہر انتخاب کے بارے میں پوچھیں اور تمام مثبت جواب کو دائرہ کریں)	1 ---------- کیا آپ کا وزن کیاگیا 2 ---------- کیاآپ کا بلڈپریشر چیک کیاگیا 3 ---------- کیا آپ نے پیشاب کانمونہ دیا 4 ---------- کیاآپ نے خون کا نمونہ دیا 5 ---------- الٹراساؤنڈ 6 ---------- غذا کے بابے میں مشورہ ملا 7 ---------- ماں کا دودھ پلانے کے بارے میں مشورہ ملا 8--- ---------- ان میں سے کوئی نہیں 9 ---------- دیگر وضاحت کریں
B6	جب آپ حمل سے تھیں تو کیا آپ نے بازو پر تشنج سے بچاؤ کے ٹیکے لگوائے تھے ؟	1 ---------- Yes ہاں 2 ---------- No نہیں 3 ---------- Don’t know معلوم نہیں
B7	کیا آپ نےکبھی حمل کے دوارن فولاد کی گولیاں استعمال کیں؟	1 ---------- Yes ہاں 2 ---------- No نہیں
B8	Did you feel you had night blindness (difficulty in seeing clearly in dusk) during your last pregnancy? کیا آپ نے گزشتہ حمل کے دوران محسوس کیا کہ شام کے وقت آپ کو دیکھنے میں مشکل ہورہی تھی؟	1 ---------- Yes ہاں 2 ---------- No نہیں 98 ---------- Don’t know معلوم نہیں

C: DELIVERY AND POSTNATAL CARE DATA

Participant number: ☐☐☐☐ **Visit number:** ☐

S#	QUESTION	RESPONSE
1.	Who conducted the delivery of the baby? (نام) کی پیدائش کس نے کروائی تھی	**Health professional** Doctor ڈاکٹر ----------1 LHV لیڈی ہیلتھ وزیٹر ----------2 Nurse نرس ----------3 LHW لیڈی ہیلتھ ورکر ----------4 **other person** Traditional Birth Attendant روایتی دائی -------5 Relative / friend رشتہ دار/ دوست ----------6 Other (***specify***) دیگر وضاحت کریں ----------7
2.	Delivery mode?	Normal----------1 C-section----------2
3.	آپ کے بچے کی پیدائش کس جگہ واقع ہوئی تھی؟	**Home……1** Government Hospital سرکاری ہسپتال ----------2 Private Hospital نجی ہسپتال----------3
4.	کیا پیدائش کے وقت بچے کا وزن کیاگیا تھا؟	Yes ہاں ----------1 No نہیں ----------2 Don't know…….معلوم نہیں 3
5.	آپ کے بچے(نام) کا وزن کتنا تھا؟ اگر کارڈ دستیاب ہوتوکارڈ سے وزن کو ریکارڈ کریں	1. From card- کارڈ سے--- Kg 2. From recall یاد کر کے ---- Kg *Don't know* معلوم نہیں -----
6.	کیا پیدائش سے ایک گھنٹے کےاندر، بچے کو براہ راست سینے یا چھاتی سے لگایا گیاتھا؟	Yes ہاں ----------1 No نہیں----------2 معلوم نہیں /یاد نہیں----------3-
7.	آنول نال کٹنے کے بعد سے لے کر اس کے جھڑنے تک کیاآپ نے کچھ لگایاتھا؟	Yes ہاں ----------1 No نہیں----------2 معلوم نہیں /یاد نہیں ----------3
8.	زچگی کے بعد کس نے آپ کی صحت کا معائنہ کیاتھا؟	Yes ہاں ----------1 No نہیں----------2 معلوم نہیں /یاد نہیں ----------3
9.	Did anyone check on baby health? کیا کسی نے آپ کے بچہ کی صحت کا معائنہ کیا؟	Yes ہاں ----------1 No نہیں----------2
10.	Purpose of this check اس معائنہ کا مقصد کیاتھا؟ *[Multiple responses] [ایک سے زیادہ جوابات آسکتے ہیں]*	Vaccination حفاظتی ٹیکے----------1 Polio drops پولیو سے بچاؤ کے قطرے ----------2 Assessment for complications پیچیدگیوں کی جانچ کرنے ----------3 Referral to HCF صحت مرکز جانے کا مشورہ دینے ---4 Treatment for child بچے کے علاج کے بارے میں ---5 Other(Specify) دیگروضاحت کریں ---------- 96

D: CHILD IMMUNIZATION STATUS & HEALTH RECORD

Participant number: ☐☐☐☐ **Visit number:** ☐

D1: Name of the child:

D2: Gender: ☐ Male ☐ Female

D3: Age (In month) or date of birth of the child as per the immunization record:

D4: Did you have a National Child Immunization Record or immunization records from a private health provider? ☐ Yes ☐ No

D5: Did (child) received polio drops/vaccine during last polio campaign? ☐ Yes ☐ No

D6: Does your child have Diarrheal episode(s) since last visit? ☐ Yes ☐ No

D7: If yes, how many times?

D8: Does your child have episodes of Respiratory Track Infection (RTI) since last visit: ☐ Yes ☐ No

D9: Any other illness (Name)?

D10: Any treatment taken? ☐ No ☐ Check by doctor ☐ Home treatment

D11: When was the last time when antibiotics were given to the child?

D12: Duration of antibiotic use?

E: ANTHROPOMETRIC DATA

MOTHER

Height (in cm)	Weight in Kg	Mid upper arm circumference (MUAC) in cm

CHILD

Height (in cm)	Weight in Kg	Mid upper arm circumference (MUAC) in cm	Head circumference (cm)