

IDENTIFICATION

STATE _____

DISTRICT _____

TEHSIL/TALUK _____

CITY/TOWN/VILLAGE _____

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

PSU NUMBER

STRUCTURE NUMBER

HOUSEHOLD NUMBER

NAME OF HOUSEHOLD HEAD _____

ADDRESS OF HOUSEHOLD _____

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

IS HOUSEHOLD SELECTED FOR DRIED BLOOD SPOT (DBS) COLLECTION? (YES = 1, NO = 2)

HEALTH INVESTIGATOR VISITS

	1	2	3	FINAL VISIT
DATE				DAY MONTH YEAR
NEXT VISIT: DATE TIME				TOTAL NUMBER OF VISITS

*LANGUAGE OF QUESTIONNAIRE: **HINDI**

04

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

SPECIFY

TOTAL NUMBER OF ELIGIBLE WOMEN AGE 15+

TOTAL NUMBER OF ELIGIBLE CHILDREN

TOTAL NUMBER OF ELIGIBLE MEN AGE 15+

SUPERVISOR

NAME _____

DATE _____

HEALTH INVESTIGATOR

NAME _____

DATE _____

WEIGHT, HEIGHT AND HAEMOGLOBIN MEASUREMENT FOR CHILDREN AGE 0-5

201	FROM THE LIST OF ELIGIBLE CHILDREN, RECORD THE NAME AND LINE NUMBER IN THE SAME ORDER THEY APPEAR IN THE HOUSEHOLD SCHEDULE. IF MORE THAN SIX CHILDREN, USE ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S).			
		CHILD 1	CHILD 2	CHILD 3
202	NAME LINE NUMBER	NAME _____ LINE _____ NUMBER _____	NAME _____ LINE _____ NUMBER _____	NAME _____ LINE _____ NUMBER _____
203	(NAME) के जन्म की तारीख क्या है	DAY _____ MONTH _____ YEAR _____	DAY _____ MONTH _____ YEAR _____	DAY _____ MONTH _____ YEAR _____
204	CHECK 203: CHILD BORN IN JANUARY 2014 OR LATER?	YES 1 NO 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)	YES 1 NO 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)	YES 1 NO 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)
205	WEIGHT IN KILOGRAMS	KG. _____ NOT PRESENT 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED 9995 OTHER 9996	KG. _____ NOT PRESENT 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED 9995 OTHER 9996	KG. _____ NOT PRESENT 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED 9995 OTHER 9996
206	HEIGHT IN CENTIMETRES	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996
207	MEASURED LYING DOWN OR STANDING UP?	LYING DOWN 1 STANDING UP 2 NOT MEASURED 3	LYING DOWN 1 STANDING UP 2 NOT MEASURED 3	LYING DOWN 1 STANDING UP 2 NOT MEASURED 3
208	CHECK 203: IS CHILD AGE 0-5 MONTHS, I.E., WAS CHILD BORN IN MONTH OF INTERVIEW OR FIVE PREVIOUS MONTHS?	0-5 MONTHS 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER 2	0-5 MONTHS 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER 2	0-5 MONTHS 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER 2
209	NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR THE CHILD	NAME _____	NAME _____	NAME _____
210	ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 209 AS RESPONSIBLE FOR CHILD.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर रक्त वाहक यंत्रण है जो की आमतौर पर खराब पोषण, संक्रमण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। इस सर्वेक्षण में, हम उन सभी बच्चों को जिनका जन्म 2014 अथवा उसके बाद का है, इस एनिमिया जांच में शामिल करेंगे तथा उनके रक्त के कुछ बुंद उनके अंगुली या एड्डी से लेंगे। रक्त का नमूना लेने वाला यंत्र पूरी तरह से स्वच्छ और सुरक्षित होगा। यह इस जांच से पहले कभी भी उपयोग में नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तुरंत क्षणिक किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहें तो इस जांच के लिए हाँ अथवा ना कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है क्या आप (NAME OF CHILD) की जांच कराना चाहेंगे?</p>		
211	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 _____ (SIGN) REFUSED 2 GRANTED 3 (NO SIGNATURE)	GRANTED (SIGNED) 1 _____ (SIGN) REFUSED 2 GRANTED 3 (NO SIGNATURE)	GRANTED (SIGNED) 1 _____ (SIGN) REFUSED 2 GRANTED 3 (NO SIGNATURE)
212	RECORD HAEMOGLOBIN LEVEL HERE AND IN THE ANAEMIA PAMPHLET.	G/DL _____ REFUSED 995 OTHER 996	G/DL _____ REFUSED 995 OTHER 996	G/DL _____ REFUSED 995 OTHER 996
213	GO BACK TO 203 IN THE NEXT COLUMN ON THIS PAGE OR IN THE FIRST COLUMN OF THE NEXT PAGE; IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301.			

		CHILD 4	CHILD 5	CHILD 6
202	NAME LINE NUMBER	NAME _____ LINE _____ NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	NAME _____ LINE _____ NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	NAME _____ LINE _____ NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>
203	(NAME) के जन्म की तारीख क्या है	DAY <input type="text"/> <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DAY <input type="text"/> <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DAY <input type="text"/> <input type="text"/> MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	CHECK 203: CHILD BORN IN JANUARY 2014 OR LATER?	YES 1 NO 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)	YES 1 NO 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)	YES 1 NO 2 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301)
205	WEIGHT IN KILOGRAMS	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ... 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED 9995 OTHER 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ... 9994 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED 9995 OTHER 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT ... 9994 (GO TO 203 IN FIRST COLUMN OF A NEW QUESTIONNAIRE FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) REFUSED 9995 OTHER 9996
206	HEIGHT IN CENTIMETRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996
207	MEASURED LYING DOWN OR STANDING UP?	LYING DOWN 1 STANDING UP 2 NOT MEASURED ... 3	LYING DOWN 1 STANDING UP 2 NOT MEASURED ... 3	LYING DOWN 1 STANDING UP 2 NOT MEASURED ... 3
208	CHECK 203: IS CHILD AGE 0-5 MONTHS, I.E., WAS CHILD BORN IN MONTH OF INTERVIEW OR FIVE PREVIOUS MONTHS?	0-5 MONTHS 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER 2	0-5 MONTHS 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER 2	0-5 MONTHS 1 (GO TO 203 FOR NEXT CHILD OR, IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301) OLDER 2
209	NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR THE CHILD	NAME _____	NAME _____	NAME _____
210	ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 209 AS RESPONSIBLE FOR CHILD.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर रक्तवाधक रोग है जो की आमतौर पर खराब पोषण, संक्रमण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। इस सर्वेक्षण में, हम उन सभी बच्चों को जिनका जन्म 2014 अथवा उसके बाद का है, इस एनिमिया जांच में शामिल करेंगे तथा उनके रक्त के कुछ बूंद उनके अंगुली या एड़ी से लेंगे। रक्त का नमूना लेने वाला संघ पूरी तरह से स्वच्छ और सुरक्षित होगा। यह इस जांच से पहले कभी भी उपयोग में नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तत्क्षणिक किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहें तो इस जांच के लिए हाँ अथवा ना कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है क या आप (NAME OF CHILD) की जांच कराना चाहेंगे?</p>		
211	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) . 1 _____ (SIGN) REFUSED 2 GRANTED 3 (NO SIGNATURE)	GRANTED (SIGNED) . 1 _____ (SIGN) REFUSED 2 GRANTED 3 (NO SIGNATURE)	GRANTED (SIGNED) . 1 _____ (SIGN) REFUSED 2 GRANTED 3 (NO SIGNATURE)
212	RECORD HAEMOGLOBIN LEVEL HERE AND IN THE ANAEMIA PAMPHLET.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 995 OTHER 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 995 OTHER 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 995 OTHER 996
213	GO BACK TO 203 IN THE NEXT COLUMN ON THIS PAGE OR (FOR CHILD 7) GO TO 203 IN THE FIRST COLUMN OF A NEW QUESTIONNAIRE; IF NO MORE CHILDREN, GO TO 301.			

WEIGHT, HEIGHT, WAIST & HIP CIRCUMFERENCE, BLOOD PRESSURE, BLOOD GLUCOSE, HAEMOGLOBIN MEASUREMENT, AND
COLLECTION OF DRIED BLOOD SPOTS FOR WOMEN

301	FROM THE LIST OF ELIGIBLE WOMEN AGE 15+ IN THE HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE. RECORD THE NAME, LINE NUMBER, AGE, AND MARITAL STATUS IN THE SAME ORDER THEY APPEAR IN THE HOUSEHOLD SCHEDULE. WRITE THE NAME OF EACH WOMAN AT THE TOP OF THE FOLLOWING PAGES. IF THERE ARE MORE THAN THREE WOMEN, USE ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S).			
		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
302	NAME	NAME _____	NAME _____	NAME _____
	LINE NUMBER	LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	LINE NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>
	AGE	AGE <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE <input type="text"/> <input type="text"/>
		IF AGE 50 AND ABOVE GO TO 312 ←	IF AGE 50 AND ABOVE GO TO 312 ←	IF AGE 50 AND ABOVE GO TO 312 ←
	MARITAL STATUS	NEVER MARRIED 1 OTHER 2	NEVER MARRIED 1 OTHER 2	NEVER MARRIED 1 OTHER 2
303	WEIGHT IN KILOGRAMS	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT 99994 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) ← REFUSED 99995 OTHER 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT 99994 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) ← REFUSED 99995 OTHER 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> NOT PRESENT 99994 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) ← REFUSED 99995 OTHER 99996
304	HEIGHT IN CENTIMETRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996
305	WAIST CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996
306	HIP CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUSED 9995 OTHER 9996
307	AGE: CHECK 302.	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 312) ←	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 312) ←	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 312) ←
308	MARITAL STATUS: CHECK 302.	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 312) ←	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 312) ←	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 312) ←
309	RECORD NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR ADOLESCENT.	NAME _____	NAME _____	NAME _____
310	ASK CONSENT FOR BLOOD PRESSURE FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 309 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED WOMEN AGE 15-17.	<p>मैं, (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप की जांच करना चाहता/चाहती हूँ। यह तीन बार हर 5 मिनट के अंतराल पर मापा जायेगा। यह एक मुकामान रहित प्रक्रिया है। यह किसी व्यक्ति के उच्च रक्त तचाप की जांच करने के लिए प्रयुक्त होना चाहिए। यदि उच्च रक्त तचाप का इलाज नहीं किया गया तो यह कालान्तर में हृदय को भारी क्षति पहुंचा सकता है। रक्त तचाप के जांच का परिणाम आपको बता दिया जायेगा और जांच प्रक्रिया के समाप्त होने के बाद मैं (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप सुचकांक का अर्थ समझाऊंगा। यदि (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप उच्च होना तब हम (NAME OF ADOLESCENT) से बार-बार सेवा या चिकित्सक से परामर्श लेने की सलाह देंगे, क्योंकि हम इस सर्वेक्षण के दौरान इससे आगे की जांच या इलाज नहीं कर सकते हैं। आप किसी भी समय इस रक्त तचाप की जांच में नहीं भाग लेने का निर्णय कर सकते हैं। जांच परिणाम को गोपनीय रखा जायेगा और सर्वेक्षण दल सदस्य के अलावा किसी अन्य को यह जानकारी नहीं दी जायेगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं?</p> <p>आप चाहें तो (NAME OF ADOLESCENT) के जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं।</p> <p>क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) के रक्त तचाप की जांच की अनुमति देंगे?</p>		
311	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE 1 ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 342)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE 1 ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 342)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE 1 ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 342)

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3																																													
	NAME	NAME	NAME	NAME																																													
312	ASK CONSENT FOR BLOOD PRESSURE FROM RESPONDENT.	<p>मैं, आपके रक्त तचाप की जांच करना चाहता/चाहती हूँ। यह तीन बार हर 5 मिनट के अंतराल पर मापा जायेगा। यह एक नुकसान रहित प्रक्रिया है। यह किसी व्यक्ति के उच्च रक्त तचाप की जांच करने के लिए प्रयुक्त होता है। यदि उच्च रक्त तचाप का इलाज नहीं किया गया तो यह कालांतर में हृदय को भारी शक्ति पहुँचा सकता है। रक्त तचाप के जांच का परिणाम आपको बता दिया जायेगा और जांच प्रक्रिया के समाप्त होने के बाद मैं आपको रक्त तचाप सुचक्रांक का अर्थ समझाऊँगा। यदि आपका रक्त तचाप उच्च होगा तब हम आपको २ वाट ४ य सेवा या चिकित्सक से परामर्श लेने की सलाह देंगे क्योंकि हम इस सर्वेक्षण के दौरान इससे आगे की जांच या इलाज नहीं कर सकते हैं। आप किसी भी समय इस रक्त तचाप की जांच में नहीं भाग लेने का निर्णय कर सकते हैं। जांच परिणाम को पूर्णतः गोपनीय रखा जायेगा और सर्वेक्षण दल सदस्य के अलावा किसी अन्य को यह जानकारी नहीं दी जायेगी।</p> <p>क या आप कुछ पूछना चाहते हैं?</p> <p>आप चाहें तो जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं।</p> <p>क या आप अपने इस रक्त तचाप की जांच की अनुमति देंगे?</p>																																															
313	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) NOT PRESENT 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) (IF REFUSED, GO TO 340)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) NOT PRESENT 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) (IF REFUSED, GO TO 340)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) NOT PRESENT 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) (IF REFUSED, GO TO 340)																																													
314	रक्त तचाप की मापने से पहले मैं आपसे कुछ सवाल पूछना चाहूँगा/चाहूँगी उन चीजों के बारे में जो आप को प्रभावित कर सकते हैं। पिछले 30 मिनट में क्या आपने निम्नलिखित में से कुछ कि थी:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>a) कुछ खाया था ?</td> <td>EATEN 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफ़ीन हो उसका सेवन कि थी ?</td> <td>HAD CAFFEINATED DRINK 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?</td> <td>SMOKED 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) क या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?</td> <td>OTHER TOBACCO ... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	a) कुछ खाया था ?	EATEN 1	2	b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफ़ीन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2	c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED 1	2	d) क या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>a) कुछ खाया था ?</td> <td>EATEN 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफ़ीन हो उसका सेवन कि थी ?</td> <td>HAD CAFFEINATED DRINK 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?</td> <td>SMOKED 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) क या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?</td> <td>OTHER TOBACCO ... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	a) कुछ खाया था ?	EATEN 1	2	b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफ़ीन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2	c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED 1	2	d) क या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>a) कुछ खाया था ?</td> <td>EATEN 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफ़ीन हो उसका सेवन कि थी ?</td> <td>HAD CAFFEINATED DRINK 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?</td> <td>SMOKED 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) क या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?</td> <td>OTHER TOBACCO ... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	a) कुछ खाया था ?	EATEN 1	2	b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफ़ीन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2	c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED 1	2	d) क या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2
	YES	NO																																															
a) कुछ खाया था ?	EATEN 1	2																																															
b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफ़ीन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2																																															
c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED 1	2																																															
d) क या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2																																															
	YES	NO																																															
a) कुछ खाया था ?	EATEN 1	2																																															
b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफ़ीन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2																																															
c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED 1	2																																															
d) क या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2																																															
	YES	NO																																															
a) कुछ खाया था ?	EATEN 1	2																																															
b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफ़ीन हो उसका सेवन कि थी ?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2																																															
c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी ?	SMOKED 1	2																																															
d) क या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा, तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सूंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2																																															
315	क या मैं रक्त तचाप मापने की प्रक्रिया शुरू करूँ? मैं आपके बॉर्डर के परिधि की माप से शुरूवात करता/करती हूँ ताकि मैं सुनिश्चित हो जाऊँ की मैं सही उपकरण का उपयोग कर रहा/रही हूँ।	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) ... <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) ... <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) ... <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.																																													
316	USE THE ARM CIRCUMFERENCE MEASUREMENT TO SELECT THE APPROPRIATE BLOOD PRESSURE MONITOR CUFF SIZE	SMALL: 17 CM – 22 CM 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM 2 LARGE: 32 CM – 42 CM 3	SMALL: 17 CM – 22 CM 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM 2 LARGE: 32 CM – 42 CM 3	SMALL: 17 CM – 22 CM 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM 2 LARGE: 32 CM – 42 CM 3																																													

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME _____	NAME _____	NAME _____
317	RECORD TIME OF FIRST BP READING	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>HOURS [] []</div> <div>MINUTES [] []</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>HOURS [] []</div> <div>MINUTES [] []</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>HOURS [] []</div> <div>MINUTES [] []</div> </div>
318	TAKE THE FIRST BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	<p>FIRST BP MEASURE</p> <p>SYSTOLIC [] [] []</p> <p>DIASTOLIC [] [] []</p> <p>REFUSED 994</p> <p>TECHNICAL PROBLEMS ... 995</p> <p>OTHER 996</p> <p>(IF NOT MEASURED, GO TO 340) ←</p>	<p>FIRST BP MEASURE</p> <p>SYSTOLIC [] [] []</p> <p>DIASTOLIC [] [] []</p> <p>REFUSED 994</p> <p>TECHNICAL PROBLEMS ... 995</p> <p>OTHER 996</p> <p>(IF NOT MEASURED, GO TO 340) ←</p>	<p>FIRST BP MEASURE</p> <p>SYSTOLIC [] [] []</p> <p>DIASTOLIC [] [] []</p> <p>REFUSED 994</p> <p>TECHNICAL PROBLEMS ... 995</p> <p>OTHER 996</p> <p>(IF NOT MEASURED, GO TO 340) ←</p>
319	इस सर्वेक्षण के पहले क्या कभी आपका रक्तचाप मापा गया है?	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>
320	क्या दो या अधिक बार किसी डॉक्टर, नर्स या एएनएम/एनआई आपको बताया कि आपको अतिरिक्त तनाव (हाइपरटेंशन) या उच्च रक्तचाप है?	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 322) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 322) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 322) ←</p>
321	अपने रक्तचाप को कम करने के लिए क्या अब आप निर्धारित दवा ले रहे हैं?	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>
322	CHECK THAT IT HAS BEEN AT LEAST 5 MINUTES BEFORE TAKING THE SECOND BLOOD PRESSURE MEASUREMENT			
323	क्या मैं इस समय आपका रक्तचाप माप सकता/सकती हूँ?	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 334) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 334) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(GO TO 334) ←</p>
324	RECORD TIME OF SECOND BP READING	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>HOURS [] []</div> <div>MINUTES [] []</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>HOURS [] []</div> <div>MINUTES [] []</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>HOURS [] []</div> <div>MINUTES [] []</div> </div>
325	TAKE THE SECOND BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	<p>SECOND BP MEASURE</p> <p>SYSTOLIC [] [] []</p> <p>DIASTOLIC [] [] []</p> <p>REFUSED 994</p> <p>TECHNICAL PROBLEMS ... 995</p> <p>OTHER 996</p> <p>(IF NOT MEASURED, GO TO 334) ←</p>	<p>SECOND BP MEASURE</p> <p>SYSTOLIC [] [] []</p> <p>DIASTOLIC [] [] []</p> <p>REFUSED 994</p> <p>TECHNICAL PROBLEMS ... 995</p> <p>OTHER 996</p> <p>(IF NOT MEASURED, GO TO 334) ←</p>	<p>SECOND BP MEASURE</p> <p>SYSTOLIC [] [] []</p> <p>DIASTOLIC [] [] []</p> <p>REFUSED 994</p> <p>TECHNICAL PROBLEMS ... 995</p> <p>OTHER 996</p> <p>(IF NOT MEASURED, GO TO 334) ←</p>

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
326	CHECK THAT IT HAS BEEN AT LEAST 5 MINUTES BEFORE TAKING THE THIRD BLOOD PRESSURE MEASUREMENT			
327	क या मैं इस समय आपका रक्तचाप माप सकता/सकती हूँ?	YES 1 NO 2 (GO TO 336) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 336) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 336) ←
328	RECORD TIME OF THIRD BP READING	HOURS MINUTES [] [] : [] []	HOURS MINUTES [] [] : [] []	HOURS MINUTES [] [] : [] []
329	TAKE THE THIRD BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	THIRD BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 336) ←	THIRD BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 336) ←	THIRD BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 336) ←
330	RECORD THE SUM OF THE SYSTOLIC MEASURES FROM 325 AND 329.	SUM SYSTOLIC [] [] []	SUM SYSTOLIC [] [] []	SUM SYSTOLIC [] [] []
331	CALCULATE THE AVERAGE SYSTOLIC PRESSURES BY DIVIDING THE SUM IN 330 BY 2.	AVERAGE SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338	AVERAGE SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338	AVERAGE SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338
332	RECORD THE SUM OF THE DIASTOLIC MEASURES FROM 325 AND 329.	SUM DIASTOLIC [] [] []	SUM DIASTOLIC [] [] []	SUM DIASTOLIC [] [] []
333	CALCULATE THE AVERAGE DIASTOLIC PRESSURES BY DIVIDING THE SUM IN 332 BY 2.	AVERAGE DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338	AVERAGE DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338	AVERAGE DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338
333A	IF ONLY ONE MEASUREMENT WAS TAKEN, RECORD THE FIRST SYSTOLIC AND DIASTOLIC NUMBERS HERE.			
334	RECORD THE SYSTOLIC MEASURE FROM 318.	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338
335	RECORD THE DIASTOLIC MEASURE FROM 318.	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338 AND SKIP TO 338
335A	IF ONLY TWO MEASUREMENTS WERE TAKEN, RECORD THE SECOND SYSTOLIC AND DIASTOLIC NUMBERS HERE.			
336	RECORD THE SYSTOLIC MEASURE FROM 325.	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338
337	RECORD THE DIASTOLIC MEASURE FROM 325.	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 338

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
344	ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर रक्त रोग है जो की आमतौर पर खराब पोषण संक्रमण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। एनिमिया जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त के कुछ बुंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेने वाला यंत्र स्वच्छ और पूरी तरह से सुरक्षित होगा। यह इस जांच के पहले कभी भी उपयोग में नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तत्क्षणिक किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क्या आप कुछ पुछता चाहते हैं?</p> <p>आप चाहें तो इस जांच के लिए हाँ अथवा ना कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है।</p> <p>क्या आप एनिमिया की जांच कराना चाहेंगे?</p>		
345	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 347)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 347)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 347)
346	क्या अब आप गर्भवती हैं?	YES 1 NO 2 DK 8	YES 1 NO 2 DK 8	YES 1 NO 2 DK 8
347	AGE: CHECK 302.	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 351)	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 351)	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 351)
348	MARITAL STATUS: CHECK 302.	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 351)	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 351)	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 351)
349	ASK CONSENT FOR BLOOD GLUCOSE FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 309 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED WOMEN AGE 15-17.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम मधुमेह के रक्त की भी जांच कर रहे हैं। यदि उच्च मधुमेह की जांच नहीं की गयी तो यह हृदय रोग के खतरों और दौरे को बढ़ा सकता है। रक्त में रक्त शर्करा की मात्रा जांच हेतु हमें अंगुली से रक्त की कुछ बुंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेनेवाला यंत्र पूर्ण तरीके से स्वच्छ व सुरक्षित होगा। इसका उपयोग पहले कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। इसे रक्तोज हेतु रक्त की जांच तत्क्षणिक किया जायेगा तथा जांच के परिणाम से आपको (NAME OF ADOLESCENT) तुरंत ही अवगत करा दिया जाएगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जाएगा और इस और इस सर्वेक्षण के सदस्यों के अलावा इसे किसी को नहीं बताया जाएगा। मधुमेह की जांच का परिणाम आपको दिया जाएगा और साथ ही मधुमेह सूचकांक के अर्थ में भी आपको (NAME OF ADOLESCENT) अवगत कराया जाएगा। यदि (NAME OF ADOLESCENT) का मधुमेह उच्च होगा तब हम आपको (NAME OF ADOLESCENT) के लिए रक्त रोग सेवा या चिकित्सक से परामर्श लेने की सलाह देंगे क्योंकि इस सर्वेक्षण में दौरान हम इससे आगे की जांच या इलाज का परामर्श नहीं दे सकते हैं।</p> <p>क्या आपको रक्त रक्तोज (मधुमेह) की जांच के बारे में कुछ पुछता है?</p> <p>यदि आपको इस प्रक्रिया के बारे में किसी भी समय कोई भी प्रश्न है तो कृपया मुझसे पुछें।</p> <p>यदि आप चाहें तो (NAME OF ADOLESCENT) की मधुमेह की जांच के लिए हाँ या ना कह सकते हैं।</p> <p>क्या आप अपने (NAME OF ADOLESCENT) इस जांच की अनुमति देंगे?</p>		
350	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 358)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 358)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 358)

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
351	ASK CONSENT FOR BLOOD GLUCOSE FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में हम मधुमेह के रक्त की भी जांच कर रहे हैं। यदि उच्च मधुमेह की जांच नहीं की गयी तो यह हृदय रोग के खतरों और दौरे को बढ़ा सकता है। रक्त में रक्त कोज की मात्रा जांच हेतु हमें अंगुली से रक्त की कुछ बुंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेनेवाला यंत्र पूर्ण तरीके से स्वच्छ और सुरक्षित होगा। इसका इस्तेमाल पहले कभी नहीं किया गया तथा प्रत्येक जांच के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त कोज हेतु रक्त की जांच तटस्थता की जाएगी जांच परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जाएगा। जांच परिणाम को पूर्णतया गोपनीय रखा जाएगा और इस सर्वेक्षण के सदस्यों के अलावा इसके बारे में किसी को भी नहीं बताया जाएगा। मधुमेह जांच का परिणाम आपको दिया जाएगा और साथ ही मधुमेह सूचकांक के अर्थ से भी आपको अवगत कराया जाएगा।</p> <p>क्या आपको रक्त रक्त कोज (मधुमेह) की जांच के बारे में कुछ पढ़ना है ?</p> <p>यदि आपको इस प्रक्रिया के बारे में किसी भी समय कुछ भी पढ़ना है तो कृपया मुझे पूछें। अब आप चाहें तो मधुमेह जांच के लिए हां या ना कह सकते हैं।</p> <p>क्या आप अपने इस जांच की प्रक्रिया की अनुमति देंगे?</p>		
352	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) NOT PRESENT 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) (IF REFUSED, GO TO 358)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) NOT PRESENT 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) (IF REFUSED, GO TO 358)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) NOT PRESENT 4 (GO TO 302 FOR NEXT WOMAN OR, IF NO MORE WOMEN, GO TO 401) (IF REFUSED, GO TO 358)
353	आखरी बार कब आपने कुछ खाया था ?	HOURS AGO IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'
354	आखरी बार कब आपने सादा पानी के अलावा कुछ और पिया था ?	HOURS AGO IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'
355	इस सर्वेक्षण से पहले, क्या आपके रक्त रक्त कोज की कभी जांच हुई है?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
356	क्या आपने डॉक्टर, नर्स, या एएनएम द्वारा दो या अधिक अलग-अलग मौकों पर बताया कि आपका रक्त रक्त कोज का स्तर अधिक था?	YES 1 NO 2 (GO TO 358)	YES 1 NO 2 (GO TO 358)	YES 1 NO 2 (GO TO 358)
357	अपने रक्त रक्त कोज के स्तर को कम करने के लिए, क्या अब आप निर्धारित दवा ले रहे हैं?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
358	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR DBS COLLECTION?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 372)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 372)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 372)
359	AGE: CHECK 302.	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 363) <input type="checkbox"/> 50 YEARS AND ABOVE 3 (GO TO 372) <input type="checkbox"/>	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 363) <input type="checkbox"/> 50 YEARS AND ABOVE 3 (GO TO 372) <input type="checkbox"/>	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 363) <input type="checkbox"/> 50 YEARS AND ABOVE 3 (GO TO 372) <input type="checkbox"/>
360	MARITAL STATUS: CHECK 302.	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 363) <input type="checkbox"/>	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 363) <input type="checkbox"/>	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 363) <input type="checkbox"/>
361	ASK CONSENT FOR DBS COLLECTION FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 309 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED WOMEN AGE 15-17.	<p>इस सर्वेक्षण में हम देश भर के लोगों से मलेरिया, HbA1c और विटामिन डी का परीक्षण करने के लिए कह रहे हैं। मलेरिया बुखार का एक सामान्य कारण है और इसका इलाज दवाओं से किया जा सकता है। मलेरिया रोगियों में बुखार या कभी कभी बिना बुखार के मौजूद हो सकता है। मलेरिया के प्रकार का पता लगाना महत्वपूर्ण है और क्या वर्तमान में उपलब्ध दवाएं मलेरिया वाले व्यक्तियों के इलाज के लिए प्रभावी होंगी। दूसरी जांच, HbA1c, हीमोग्लोबिन का प्रकार, तीन महीने के औसत रक्त स्तुकोज के स्तर का अनुमान लगाने के लिए किया जाता है ताकि यह पता लगाया जा सके कि दवा लेने वाले मधुमेह के रोगियों में रक्त स्तुकोज के स्तर को नियंत्रित किया गया है या नहीं। रक्त में विटामिन डी का स्तर विटामिन डी की कमी का पता लगाने के लिए मापा जाता है, जो भारत में बहुत आम है। विटामिन डी की कमी हड्डियों की भंगुरता का कारण बनती है और इससे फ्रैक्चर हो सकते हैं।</p> <p>यह जांच राष्ट्रीय स्तर की प्रयोगशालाओं में किए जाएंगे तथा उन्नत जानकारी प्राप्त करने के लिए और स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बेहतर बनाने के लिए यह सरकार द्वारा इसका उपयोग किया जाएगा। जांच के लिए, हमें उंगली से रक्त की कुछ (अधिक) बूंदों की आवश्यकता होती है। रक्त लेने के लिए उपयोग किए जाने वाले उपकरण साफ और पूरी तरह से सुरक्षित हैं। इसका उपयोग पहले कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक परीक्षण के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त के नमूना के साथ नाम नहीं जोड़े जाने की वजह से हम आपको जांच परिणाम से अवगत नहीं करा सकते हैं। (NAME OF ADOLESCENT)'s के जांच का परिणाम कोई अन्य भी नहीं जान पायेगा। बुखार और मधुमेह के मामले में देखभाल के बारे में जानकारी निदान और उपचार के लिए निकटतम स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के लिए एक रेफरल पत्र के साथ दी जाएगी। विटामिन डी की कमी को रोकने के तरीकों पर जानकारी भी प्रदान की जाएगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं ? आप चाहें तो इस जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं , यह आपके निर्णय के उपर है। क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) की जांच की अनुमति देंगे ?</p>		
362	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 <input type="checkbox"/> PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) 3 <input type="checkbox"/> (SIGN) <input type="text"/> (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) 1 <input type="checkbox"/> PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) 3 <input type="checkbox"/> (SIGN) <input type="text"/> (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) 1 <input type="checkbox"/> PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) 3 <input type="checkbox"/> (SIGN) <input type="text"/> (IF REFUSED, GO TO 372)
363	ASK CONSENT FOR DBS COLLECTION FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में हम देश भर के लोगों से मलेरिया, HbA1c और विटामिन डी का परीक्षण करने के लिए कह रहे हैं। मलेरिया बुखार का एक सामान्य कारण है और इसका इलाज दवाओं से किया जा सकता है। मलेरिया रोगियों में बुखार या कभी कभी बिना बुखार के मौजूद हो सकता है। मलेरिया के प्रकार का पता लगाना महत्वपूर्ण है और क्या वर्तमान में उपलब्ध दवाएं मलेरिया वाले व्यक्तियों के इलाज के लिए प्रभावी होंगी। दूसरी जांच, HbA1c, हीमोग्लोबिन का प्रकार, तीन महीने के औसत रक्त स्तुकोज के स्तर का अनुमान लगाने के लिए किया जाता है ताकि यह पता लगाया जा सके कि दवा लेने वाले मधुमेह के रोगियों में रक्त स्तुकोज के स्तर को नियंत्रित किया गया है या नहीं। रक्त में विटामिन डी का स्तर विटामिन डी की कमी का पता लगाने के लिए मापा जाता है, जो भारत में बहुत आम है। विटामिन डी की कमी हड्डियों की भंगुरता का कारण बनती है और इससे फ्रैक्चर हो सकते हैं।</p> <p>यह जांच राष्ट्रीय स्तर की प्रयोगशालाओं में किए जाएंगे तथा उन्नत जानकारी प्राप्त करने के लिए और स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बेहतर बनाने के लिए यह सरकार द्वारा इसका उपयोग किया जाएगा। जांच के लिए, हमें उंगली से रक्त की कुछ (अधिक) बूंदों की आवश्यकता होती है। रक्त लेने के लिए उपयोग किए जाने वाले उपकरण साफ और पूरी तरह से सुरक्षित हैं। इसका उपयोग पहले कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक परीक्षण के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त के नमूना के साथ नाम नहीं जोड़े जाने की वजह से हम आपको जांच परिणाम से अवगत नहीं करा सकते हैं। जांच का परिणाम कोई अन्य भी नहीं जान पायेगा। बुखार और मधुमेह के मामले में देखभाल के बारे में जानकारी निदान और उपचार के लिए निकटतम स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के लिए एक रेफरल पत्र के साथ दी जाएगी। विटामिन डी की कमी को रोकने के तरीकों पर जानकारी भी प्रदान की जाएगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं ? आप चाहें तो इस जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं , यह आपके निर्णय के उपर है। क्या आप की जांच की अनुमति देंगे ?</p>		
364	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE, SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 <input type="checkbox"/> RESPONDENT REFUSED 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) 3 <input type="checkbox"/> (SIGN) <input type="text"/> (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) 1 <input type="checkbox"/> RESPONDENT REFUSED 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) 3 <input type="checkbox"/> (SIGN) <input type="text"/> (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) 1 <input type="checkbox"/> RESPONDENT REFUSED 2 <input type="checkbox"/> GRANTED (NO SIGNATURE) 3 <input type="checkbox"/> (SIGN) <input type="text"/> (IF REFUSED, GO TO 372)
365	AGE: CHECK 302.	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 369) <input type="checkbox"/>	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 369) <input type="checkbox"/>	15-17 YEARS 1 18-49 YEARS 2 (GO TO 369) <input type="checkbox"/>
366	MARITAL STATUS: CHECK 302.	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 369) <input type="checkbox"/>	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 369) <input type="checkbox"/>	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 369) <input type="checkbox"/>

		WOMAN 1	WOMAN 2	WOMAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
367	ASK CONSENT FOR ADDITIONAL TESTING FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 309 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED WOMEN AGE 15-17.	<p>(NAME OF ADOLESCENT) का बचन के नमूने की अतिरिक्त जांच या अन्वेषण के लिए (NAME OF AGENCY) प्रयोगशाला में उसको संग्रह करने की आपसे अनुमति चाहते हैं। अतिरिक्त जांच के बारे में हम निश्चित नहीं हैं। इस बचन के नमूने के साथ (NAME OF ADOLESCENT) का नाम या कोई पहचान बुझा नहीं रहेगा। यदि आप बचन के नमूने की अतिरिक्त जांच नहीं करना चाहते फिर भी (NAME OF ADOLESCENT) इस सर्वेक्षण में भाग ले सकते हैं।</p> <p>क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) के बचन के नमूने की अतिरिक्त जांच के लिए उसको संग्रह करने की अनुमति देंगे?</p>		
368	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 371)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 371)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 371)
369	ASK CONSENT FOR ADDITIONAL TESTING FROM RESPONDENT.	<p>आपके बचन के नमूने की अतिरिक्त जांच या अन्वेषण के लिए (NAME OF AGENCY) प्रयोगशाला में उसको संग्रह करने की आपसे अनुमति चाहते हैं। अतिरिक्त जांच के बारे में हम निश्चित नहीं हैं। इस बचन के नमूने के साथ नाम या कोई पहचान बुझा नहीं रहेगा। यदि आप बचन के नमूने की अतिरिक्त जांच नहीं करना चाहते फिर भी इस सर्वेक्षण में भाग ले सकते हैं।</p> <p>क्या आपके बचन के नमूने की अतिरिक्त जांच के लिए उसको संग्रह करने की अनुमति देंगे?</p>		
370	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 372)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 372)
372	PREPARE EQUIPMENT AND SUPPLIES ONLY FOR THE TEST(S) FOR WHICH CONSENT HAS BEEN OBTAINED AND PROCEED WITH THE TEST(S)			
373	RECORD THE TIME OF THE BLOOD GLUCOSE TEST	HOURS MINUTES [][] . [][] NOT TESTED 9996	HOURS MINUTES [][] . [][] NOT TESTED 9996	HOURS MINUTES [][] . [][] NOT TESTED 9996
374	RECORD BLOOD GLUCOSE IN MG/DL	MG/DL [][][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998	MG/DL [][][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998	MG/DL [][][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998
375	RECORD HAEMOGLOBIN LEVEL HERE AND IN ANAEMIA PAMPHLET.	G/DL [][] . [][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998	G/DL [][] . [][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998	G/DL [][] . [][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998
375A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 378A ↓	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 378A ↓	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 378A ↓
376	BAR CODE LABEL	PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE. REFUSED 999994 NOT SELECTED 999995 OTHER 999996 PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.	PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE. REFUSED 999994 NOT SELECTED 999995 OTHER 999996 PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.	PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE. REFUSED 999994 NOT SELECTED 999995 OTHER 999996 PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.
377	MARK FILTER PAPER CARD FOR DIABETES TESTING	CHECK 357: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.	CHECK 357: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.	CHECK 357: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.
378	MARK FILTER PAPER CARD FOR ADDITIONAL TEST	ADULT RESPONDENT CHECK 370; MINOR RESPONDENT CHECK 368 AND 370. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.	ADULT RESPONDENT CHECK 370; MINOR RESPONDENT CHECK 368 AND 370. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.	ADULT RESPONDENT CHECK 370; MINOR RESPONDENT CHECK 368 AND 370. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.
378A	CHECK 302	IF AGE 50 AND ABOVE OTHER <input type="checkbox"/> → GO TO 382 <input type="checkbox"/>	IF AGE 50 AND ABOVE OTHER <input type="checkbox"/> → GO TO 382 <input type="checkbox"/>	IF AGE 50 AND ABOVE OTHER <input type="checkbox"/> → GO TO 382 <input type="checkbox"/>
379	क्या आपने कभी सर्वाइकल कैंसर का स्क्रीनिंग टेस्ट कराया है?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
380	क्या आपने कभी स्तन कैंसर के लिए स्तन परीक्षण कराया है?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
381	क्या आपने कभी मुख के कैंसर के लिए ओरल कैविटी का परीक्षण कराया है?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
382	GO BACK TO 302 IN NEXT COLUMN OF THIS QUESTIONNAIRE OR IN THE FIRST COLUMN OF AN ADDITIONAL QUESTIONNAIRE; IF NO MORE WOMEN, GO TO 401.			

WEIGHT, HEIGHT, WAIST & HIP CIRCUMFERENCE, BLOOD PRESSURE, BLOOD GLUCOSE, HAEMOGLOBIN MEASUREMENT, AND
COLLECTION OF DRIED BLOOD SPOTS FOR MEN

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
401	NAME LINE NUMBER AGE MARITAL STATUS	NAME _____ LINE NUMBER _____ AGE _____ IF AGE 55 AND ABOVE, GO TO 412 NEVER MARRIED 1 OTHER 2	NAME _____ LINE NUMBER _____ AGE _____ IF AGE 55 AND ABOVE, GO TO 412 NEVER MARRIED 1 OTHER 2	NAME _____ LINE NUMBER _____ AGE _____ IF AGE 55 AND ABOVE, GO TO 412 NEVER MARRIED 1 OTHER 2
402	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 407	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 407	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 407
403	WEIGHT IN KILOGRAMS	KG. _____ NOT PRESENT 99994 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW.) REFUSED 99995 OTHER 99996	KG. _____ NOT PRESENT 99994 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW.) REFUSED 99995 OTHER 99996	KG. _____ NOT PRESENT 99994 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW.) REFUSED 99995 OTHER 99996
404	HEIGHT IN CENTIMETRES	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996
405	WAIST CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996
406	HIP CIRCUMFERENCE IN CENTIMETRES	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996	CM. _____ REFUSED 9995 OTHER 9996
407	AGE: CHECK 401.	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 412) ↙	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 412) ↙	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 412) ↙
408	MARITAL STATUS: CHECK 401.	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 412) ↙	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 412) ↙	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 412) ↙
409	RECORD NAME OF PARENT/OTHER ADULT RESPONSIBLE FOR ADOLESCENT.	NAME _____	NAME _____	NAME _____
410	ASK CONSENT FOR BLOOD PRESSURE FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.	<p>मैं, (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप की जांच करना चाहता/चाहती हूँ। यह तीन बार हर 5 मिनट के अन्तराल पर मापा जायेगा। यह एक नुकसान रहित प्रक्रिया है। यह किसी व्यक्ति के उच्च रक्त तचाप की जांच करने के लिए प्रयुक्त होता है। यदि उच्च रक्त तचाप का इलाज नहीं किया गया तो यह कालान्तर में हृदय को भारी क्षति पहुंचा सकता है। रक्त तचाप के जांच का परिणाम आपको बता दिया जायेगा और जांच प्रक्रिया के समाप्त होने के बाद (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप सुचकांक का अर्थ समझाऊंगा। यदि (NAME OF ADOLESCENT) रक्त तचाप उच्च होगा तब हम (NAME OF ADOLESCENT) स्वास्थ्य सेवा या चिकित्सक से परामर्श लेने की सलाह देंगे, क्योंकि हम इस सर्वेक्षण के दौरान इससे आगे की जांच या इलाज नहीं कर सकते हैं। आप किसी भी समय इस रक्त तचाप की जांच में नहीं भाग लेने का निर्णय कर सकते हैं। जांच परिणाम को पूर्णतः गोपनीय रखा जायेगा और सर्वेक्षण दल सदस्य के अलावा किसी अन्य को यह जानकारी नहीं दी जायेगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं?</p> <p>आप चाहें तो (NAME OF ADOLESCENT) के जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं।</p> <p>क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) के रक्त तचाप की जांच की अनुमति देंगे?</p>		
411	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) IF GRANTED, GO TO 412	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) IF GRANTED, GO TO 412	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) IF GRANTED, GO TO 412
411A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 GO TO 440	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 GO TO 440	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 GO TO 440

		MAN 1	MAN 2	MAN 3																																													
	NAME	NAME	NAME	NAME																																													
412	ASK CONSENT FOR BLOOD PRESSURE FROM RESPONDENT.	<p>मैं, आपके रक्त तचाप की जांच करना चाहता/चाहती हूँ। यह तीन बार हर 5 मिनट के अंतराल पर मापा जायेगा। यह एक नुकसान रहित प्रक्रिया है। यह किसी व्यक्ति के उच्च रक्त तचाप की जांच करने के लिए प्रयुक्त होता है। यदि उच्च रक्त तचाप का इलाज नहीं किया गया तो यह कालान्तर में हृदय की भारी क्षति पहुंचा सकता है। रक्त तचाप के जांच का परिणाम आपको बता दिया जायेगा और जांच प्रक्रिया के समाप्त होने के बाद मैं आपको रक्त तचाप सुचकांक का अर्थ समझाऊंगा/यदि आपका रक्त तचाप उच्च होगा तब हम आपको रुबाय सेवा या चिकित्सक से परामर्श लेने की सलाह देंगे। क्योंकि हम इस सर्वेक्षण के दौरान इससे आगे की जांच या इलाज नहीं कर सकते हैं। आप किसी भी समय इस रक्त तचाप की जांच में नहीं भाग लेने का निर्णय कर सकते हैं। जांच परिणाम को पूर्णतः गोपनीय रखा जायेगा और सर्वेक्षण दल सदस्य के अलावा किसी अन्य को यह जानकारी नहीं दी जायेगी।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहें तो जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं। क्या आप अपने इस रक्त तचाप की जांच की अनुमति देंगे?</p>																																															
413	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 (SIGN) NOT PRESENT 4 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW) IF GRANTED, GO TO 414	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 (SIGN) NOT PRESENT 4 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW) IF GRANTED, GO TO 414	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 (SIGN) NOT PRESENT 4 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW) IF GRANTED, GO TO 414																																													
413A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 GO TO 440	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 GO TO 440	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 446 GO TO 440																																													
414	रक्त तचाप/बीपी मापने से पहले मैं आपसे कुछ सवाल पूछना चाहूंगा/चाहूंगी उन चीजों के बारे में जो आप को प्रभावित कर सकते हैं। पिछले 30 मिनट में क्या आपने निम्नलिखित में से कुछ कि थी:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>a) कुछ खाया था?</td> <td>EATEN 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी?</td> <td>HAD CAFFEINATED DRINK 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी?</td> <td>SMOKED 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सुंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?</td> <td>OTHER TOBACCO ... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	a) कुछ खाया था?	EATEN 1	2	b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2	c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी?	SMOKED 1	2	d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सुंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>a) कुछ खाया था?</td> <td>EATEN 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी?</td> <td>HAD CAFFEINATED DRINK 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी?</td> <td>SMOKED 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सुंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?</td> <td>OTHER TOBACCO ... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	a) कुछ खाया था?	EATEN 1	2	b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2	c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी?	SMOKED 1	2	d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सुंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>a) कुछ खाया था?</td> <td>EATEN 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी?</td> <td>HAD CAFFEINATED DRINK 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी?</td> <td>SMOKED 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सुंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?</td> <td>OTHER TOBACCO ... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		YES	NO	a) कुछ खाया था?	EATEN 1	2	b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2	c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी?	SMOKED 1	2	d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सुंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2
	YES	NO																																															
a) कुछ खाया था?	EATEN 1	2																																															
b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2																																															
c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी?	SMOKED 1	2																																															
d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सुंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2																																															
	YES	NO																																															
a) कुछ खाया था?	EATEN 1	2																																															
b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2																																															
c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी?	SMOKED 1	2																																															
d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सुंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2																																															
	YES	NO																																															
a) कुछ खाया था?	EATEN 1	2																																															
b) कॉफी, चाय, कोला या अन्य पेय पदार्थ जिसमें कैफेन हो उसका सेवन कि थी?	HAD CAFFEINATED DRINK 1	2																																															
c) कोई तम्बाकू से बने पदार्थ का धूम्रपान कि थी?	SMOKED 1	2																																															
d) क्या किसी अन्य प्रकार का तम्बाकू जैसे गुटखा तम्बाकूवाला पान मसाला या अन्य चबानेवाला या सुंघनेवाला तम्बाकू का सेवन कि थी?	OTHER TOBACCO ... 1	2																																															
415	क्या मैं रक्त तचाप मापने की प्रक्रिया शुरू करूँ? मैं आपके बांह के परिधि की माप से शुरुवात करता/करती हूँ ताकि मैं सुनिश्चित हो जाऊँ कि मैं सही उपकरण का उपयोग कर रहा/रही हूँ।	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.	ARM CIRCUMFERENCE (IN CENTIMETRES) <input type="text"/> <input type="text"/> MEASURE THE CIRCUMFERENCE OF THE RESPONDENT'S ARM MIDWAY BETWEEN THE ELBOW AND THE SHOULDER. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETRES.																																													
416	USE THE ARM CIRCUMFERENCE MEASUREMENT TO SELECT THE APPROPRIATE BLOOD PRESSURE MONITOR CUFF SIZE.	SMALL: 17 CM – 22 CM 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM 2 LARGE: 32 CM – 42 CM 3	SMALL: 17 CM – 22 CM 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM 2 LARGE: 32 CM – 42 CM 3	SMALL: 17 CM – 22 CM 1 MEDIUM: 23 CM – 31 CM 2 LARGE: 32 CM – 42 CM 3																																													

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
417	RECORD TIME OF FIRST BP READING	HOURS MINUTES [] [] : [] []	HOURS MINUTES [] [] : [] []	HOURS MINUTES [] [] : [] []
418	TAKE THE FIRST BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	FIRST BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 440) ←	FIRST BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 440) ←	FIRST BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 440) ←
419	इस सर्वेक्षण के पहले क्या कभी आपका रक्तचाप मापा गया है?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
420	क्या दो या अधिक बार किसी डॉक्टर, नर्स या एएनएम/एनआई आपको बताया कि आपको अतिरक्त तनाव (हाइपरटेंशन) या उच्च रक्तचाप है?	YES 1 NO 2 (GO TO 422) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 422) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 422) ←
421	अपने रक्तचाप को कम करने के लिए क्या अब आप निर्धारित दवा ले रहे हैं?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
422	CHECK THAT IT HAS BEEN AT LEAST 5 MINUTES BEFORE TAKING THE SECOND BLOOD PRESSURE MEASUREMENT			
423	क्या मैं इस समय आपका रक्तचाप माप सकता/सकती हूँ?	YES 1 NO 2 (GO TO 434) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 434) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 434) ←
424	RECORD TIME OF SECOND BP READING	HOURS MINUTES [] [] : [] []	HOURS MINUTES [] [] : [] []	HOURS MINUTES [] [] : [] []
425	TAKE THE SECOND BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	SECOND BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 434) ←	SECOND BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 434) ←	SECOND BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 434) ←

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
426	CHECK THAT IT HAS BEEN AT LEAST 5 MINUTES BEFORE TAKING THE THIRD BLOOD PRESSURE MEASUREMENT			
427	क्या मैं इस समय आपका रक्तचाप माप सकता/सकती हूँ?	YES 1 NO 2 (GO TO 436) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 436) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 436) ←
428	RECORD TIME OF THIRD BP READING	HOURS MINUTES [] [] : [] []	HOURS MINUTES [] [] : [] []	HOURS MINUTES [] [] : [] []
429	TAKE THE THIRD BLOOD PRESSURE READING. RECORD THE SYSTOLIC AND DIASTOLIC PRESSURE.	THIRD BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 436) ←	THIRD BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 436) ←	THIRD BP MEASURE SYSTOLIC [] [] [] DIASTOLIC [] [] [] REFUSED 994 TECHNICAL PROBLEMS ... 995 OTHER 996 (IF NOT MEASURED, GO TO 436) ←
430	RECORD THE SUM OF THE SYSTOLIC MEASURES FROM 425 AND 429.	SUM SYSTOLIC [] [] []	SUM SYSTOLIC [] [] []	SUM SYSTOLIC [] [] []
431	CALCULATE THE AVERAGE SYSTOLIC PRESSURES BY DIVIDING THE SUM IN 430 BY 2.	AVERAGE SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438	AVERAGE SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438	AVERAGE SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438
432	RECORD THE SUM OF THE DIASTOLIC MEASURES FROM 425 AND 429.	SUM DIASTOLIC [] [] []	SUM DIASTOLIC [] [] []	SUM DIASTOLIC [] [] []
433	CALCULATE THE AVERAGE DIASTOLIC PRESSURES BY DIVIDING THE SUM IN 432 BY 2.	AVERAGE DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438	AVERAGE DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438	AVERAGE DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438
433A	IF ONLY ONE MEASUREMENT WAS TAKEN, RECORD THE FIRST SYSTOLIC AND DIASTOLIC NUMBERS HERE.			
434	RECORD THE SYSTOLIC MEASURE FROM 418.	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438
435	RECORD THE DIASTOLIC MEASURE FROM 418.	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438 AND SKIP TO 438
435A	IF ONLY TWO MEASUREMENTS WERE TAKEN, RECORD THE SECOND SYSTOLIC AND DIASTOLIC NUMBERS HERE.			
436	RECORD THE SYSTOLIC MEASURE FROM 425.	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438	SYSTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438
437	RECORD THE DIASTOLIC MEASURE FROM 425.	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438	DIASTOLIC [] [] [] CIRCLE IN 438

		MAN 1	MAN 2	MAN 3																																																																																																																														
	NAME	NAME	NAME	NAME																																																																																																																														
438	<p>CIRCLE THE SINGLE NUMBER WHERE THE AVERAGE DIASTOLIC AND SYSTOLIC MEASURES MEET.</p> <p>AVERAGE SYSTOLIC</p> <p><120 120-129 130-139 140-159 160-179 ≥180</p>	<p>AVERAGE DIASTOLIC</p> <table border="1"> <tr> <th><80</th> <th>80-84</th> <th>85-89</th> <th>90-99</th> <th>100-109</th> <th>≥110</th> </tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> </table>	<80	80-84	85-89	90-99	100-109	≥110	1	2	3	4	5	6	2	2	3	4	5	6	3	3	3	4	5	6	4	4	4	4	5	6	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	<p>AVERAGE DIASTOLIC</p> <table border="1"> <tr> <th><80</th> <th>80-84</th> <th>85-89</th> <th>90-99</th> <th>100-109</th> <th>≥110</th> </tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> </table>	<80	80-84	85-89	90-99	100-109	≥110	1	2	3	4	5	6	2	2	3	4	5	6	3	3	3	4	5	6	4	4	4	4	5	6	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	<p>AVERAGE DIASTOLIC</p> <table border="1"> <tr> <th><80</th> <th>80-84</th> <th>85-89</th> <th>90-99</th> <th>100-109</th> <th>≥110</th> </tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> </table>	<80	80-84	85-89	90-99	100-109	≥110	1	2	3	4	5	6	2	2	3	4	5	6	3	3	3	4	5	6	4	4	4	4	5	6	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
<80	80-84	85-89	90-99	100-109	≥110																																																																																																																													
1	2	3	4	5	6																																																																																																																													
2	2	3	4	5	6																																																																																																																													
3	3	3	4	5	6																																																																																																																													
4	4	4	4	5	6																																																																																																																													
5	5	5	5	5	6																																																																																																																													
6	6	6	6	6	6																																																																																																																													
<80	80-84	85-89	90-99	100-109	≥110																																																																																																																													
1	2	3	4	5	6																																																																																																																													
2	2	3	4	5	6																																																																																																																													
3	3	3	4	5	6																																																																																																																													
4	4	4	4	5	6																																																																																																																													
5	5	5	5	5	6																																																																																																																													
6	6	6	6	6	6																																																																																																																													
<80	80-84	85-89	90-99	100-109	≥110																																																																																																																													
1	2	3	4	5	6																																																																																																																													
2	2	3	4	5	6																																																																																																																													
3	3	3	4	5	6																																																																																																																													
4	4	4	4	5	6																																																																																																																													
5	5	5	5	5	6																																																																																																																													
6	6	6	6	6	6																																																																																																																													
439	<p>RECORD THE NUMBER YOU CIRCLED IN 438 IN THE CHART BELOW. THEN USE THE INSTRUCTIONS TO THE RIGHT OF THAT NUMBER TO COMPLETE A BLOOD PRESSURE REPORT AND REFERRAL FORM FOR THE RESPONDENT. GIVE THE FORM TO THE RESPONDENT AND ANSWER ANY QUESTIONS.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NUMBER CIRCLED IN 438</th> <th>RESPONDENT'S BLOOD PRESSURE CATEGORY</th> <th>CONSULT HEALTH PROVIDER TO CHECK BLOOD PRESSURE WITHIN:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>NORMAL (OPTIMAL)</td> <td>1 YEAR</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>NORMAL (MILDLY HIGH)</td> <td>1 YEAR</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>NORMAL (MODERATELY HIGH)</td> <td>2 MONTHS</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ABNORMAL (MILDLY ELEVATED)</td> <td>1 MONTH</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ABNORMAL (MODERATELY ELEVATED)</td> <td>1 WEEK</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ABNORMAL (SEVERELY ELEVATED)</td> <td>IMMEDIATELY</td> </tr> </tbody> </table>				NUMBER CIRCLED IN 438	RESPONDENT'S BLOOD PRESSURE CATEGORY	CONSULT HEALTH PROVIDER TO CHECK BLOOD PRESSURE WITHIN:	1	NORMAL (OPTIMAL)	1 YEAR	2	NORMAL (MILDLY HIGH)	1 YEAR	3	NORMAL (MODERATELY HIGH)	2 MONTHS	4	ABNORMAL (MILDLY ELEVATED)	1 MONTH	5	ABNORMAL (MODERATELY ELEVATED)	1 WEEK	6	ABNORMAL (SEVERELY ELEVATED)	IMMEDIATELY																																																																																																									
NUMBER CIRCLED IN 438	RESPONDENT'S BLOOD PRESSURE CATEGORY	CONSULT HEALTH PROVIDER TO CHECK BLOOD PRESSURE WITHIN:																																																																																																																																
1	NORMAL (OPTIMAL)	1 YEAR																																																																																																																																
2	NORMAL (MILDLY HIGH)	1 YEAR																																																																																																																																
3	NORMAL (MODERATELY HIGH)	2 MONTHS																																																																																																																																
4	ABNORMAL (MILDLY ELEVATED)	1 MONTH																																																																																																																																
5	ABNORMAL (MODERATELY ELEVATED)	1 WEEK																																																																																																																																
6	ABNORMAL (SEVERELY ELEVATED)	IMMEDIATELY																																																																																																																																
439A	<p>IF 438=6 <input type="checkbox"/> → GO TO 477A</p> <p>OTHER <input type="checkbox"/> →</p>		<p>IF 438=6 <input type="checkbox"/> → GO TO 477A</p> <p>OTHER <input type="checkbox"/> →</p>																																																																																																																															
439B	<p>CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?</p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → GO TO 446</p>		<p>CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?</p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → GO TO 446</p>																																																																																																																															
440	<p>AGE: CHECK 401.</p> <p>15-17 YEARS 1</p> <p>18-54 YEARS 2</p> <p>(GO TO 444) ←</p> <p>55 YEARS AND ABOVE 3</p> <p>(GO TO 450) ←</p>		<p>AGE: CHECK 401.</p> <p>15-17 YEARS 1</p> <p>18-54 YEARS 2</p> <p>(GO TO 444) ←</p> <p>55 YEARS AND ABOVE 3</p> <p>(GO TO 450) ←</p>																																																																																																																															
441	<p>MARITAL STATUS: CHECK 401.</p> <p>NEVER MARRIED 1</p> <p>OTHER 2</p> <p>(GO TO 444) ←</p>		<p>MARITAL STATUS: CHECK 401.</p> <p>NEVER MARRIED 1</p> <p>OTHER 2</p> <p>(GO TO 444) ←</p>																																																																																																																															
442	<p>ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.</p> <p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर स्वास्थ्य समस्या है जो की आमतौर पर खराब पोषण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। एनिमिया जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त के कुछ बूंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेनेवाला यंत्र स्वच्छ और पूरी तरह से सुरक्षित होगा। यह इस जांच से पहले कभी भी उपयोग नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तुरंत शक्ति किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको और (NAME OF ADOLESCENT) को तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं?</p> <p>आप चाहे तो (NAME OF ADOLESCENT) के जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं।</p> <p>क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) का एनिमिया की जांच की अनुमति देंगे ?</p>																																																																																																																																	
443	<p>CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.</p> <p>GRANTED (SIGNED) 1</p> <p>PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2</p> <p>GRANTED (NO SIGNATURE) 3</p> <p>(SIGN) ←</p> <p>(IF REFUSED, GO TO 448)</p>		<p>CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.</p> <p>GRANTED (SIGNED) 1</p> <p>PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2</p> <p>GRANTED (NO SIGNATURE) 3</p> <p>(SIGN) ←</p> <p>(IF REFUSED, GO TO 448)</p>																																																																																																																															

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
444	ASK CONSENT FOR ANAEMIA TEST FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम पूरे देश में लोगों को एनिमिया की जांच में भाग लेने को कह रहे हैं। एनिमिया एक गंभीर रक्त रोग है जो की आमतौर पर खराब पोषण, या दीर्घकालिक रोगों के परिणाम से होता है। यह जांच सरकार के एनिमिया को रोकने और इलाज करने के कार्यक्रमों को विकसित करने में सहायता करेगी। एनिमिया जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त के कुछ बुंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेने वाला यंत्र स्वच्छ और पूरी तरह से सुरक्षित होगा। यह इस जांच के पहले कभी भी उपयोग में नहीं लाया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। एनिमिया हेतु रक्त का जांच तत्क्षणिक किया जायेगा और जांच के परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जायेगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जायेगा तथा इस सर्वेक्षण दल के सदस्यों के अलावा अन्य किसी को भी उसके बारे में नहीं बताया जायेगा।</p> <p>क्या आप कुछ पूछना चाहते हैं? आप चाहें तो इस जांच के लिए हाँ अथवा ना कह सकते हैं, यह आपके निर्णय के उपर है। क्या आप एनिमिया की जांच कराना चाहेंगे?</p>		
445	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN)
446	AGE: CHECK 401.	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 450) ← 55 YEARS AND ABOVE 3 (GO TO 450) ←	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 450) ← 55 YEARS AND ABOVE 3 (GO TO 450) ←	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 450) ← 55 YEARS AND ABOVE 3 (GO TO 450) ←
447	MARITAL STATUS: CHECK 401.	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 450) ←	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 450) ←	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 450) ←
448	ASK CONSENT FOR BLOOD GLUCOSE FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.	<p>इस सर्वेक्षण में, हम मधुमेह के रक्त की जांच कर रहे हैं। यदि उच्च मधुमेह की जांच नहीं की गयी तो यह हृदय रोग के खतरे और दौरे को बढ़ा सकता है। रक्त में ग्लूकोस की मात्रा जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त की कुछ बुंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेने वाला यंत्र पूर्ण तरीके से स्वच्छ व सुरक्षित होगा। इसका उपयोग पहले की जांच के लिए नहीं किया गया है और प्रत्येक जांच के बाद इसे नष्ट कर दिया जायेगा। इसे ग्लूकोज हेतु रक्त की जांच तत्क्षणिक किया जायेगा तथा जांच के परिणाम से आपको (NAME OF ADOLESCENT) तुरंत ही अवगत करा दिया जाएगा। जांच परिणाम को पूर्ण तरीके से गोपनीय रखा जाएगा और इस और इस सर्वेक्षण के सदस्यों के अलावा इसे किसी को नहीं बताया जाएगा। मधुमेह की जांच का परिणाम आपको दिया जाएगा और साथ ही मधुमेह सूचकांक के अर्थ से भी आपको (NAME OF ADOLESCENT) अवगत कराया जाएगा। यदि (NAME OF ADOLESCENT) का मधुमेह उच्च होगा तब हम आपको (NAME OF ADOLESCENT) के लिए रक्त रोग सेवा या चिकित्सक से परामर्श लेने की सलाह देंगे क्योंकि इस सर्वेक्षण में दौरान हम इससे आगे की जांच या इलाज का परामर्श नहीं दे सकते हैं।</p> <p>क्या आपको रक्त ग्लूकोस (मधुमेह) की जांच के बारे में कुछ पूछना है? यदि आपको इस प्रक्रिया के बारे में किसी भी समय कोई भी प्रश्न है तो कृपया मुझसे पूछें। यदि आप चाहें तो (NAME OF ADOLESCENT) की मधुमेह की जांच के लिए हाँ या ना कह सकते हैं। क्या आप अपने (NAME OF ADOLESCENT) इस जांच की अनुमति देंगे?</p>		
449	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 457)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 457)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 457)

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
450	ASK CONSENT FOR BLOOD GLUCOSE FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में हम मधुमेह के स्तर की भी जांच कर रहे हैं। यदि उच्च मधुमेह की जांच नहीं की गयी तो यह हृदय रोग के खतरे और दौरे को बढ़ा सकता है। रक्त में ग्लूकोज की मात्रा जांच हेतु, हमें अंगुली से रक्त की कुछ बूंदों की आवश्यकता होगी। रक्त का नमूना लेनेवाला यंत्र पूर्ण तरीके से स्वच्छ और सुरक्षित होगा। इसका इस्तेमाल पहलू कभी नहीं किया गया तथा प्रत्येक जांच के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। ग्लूकोज हेतु रक्त की जांच तत्क्षणिक की जाएगी और जांच परिणाम से आपको तुरंत ही अवगत करा दिया जाएगा। जांच परिणाम को पूर्णतया गोपनीय रखा जाएगा और इस सर्वेक्षण के सदस्यों के अलावा इसके बारे में किसी को भी नहीं बताया जाएगा। मधुमेह जांच का परिणाम आपको दिया जाएगा और साथ ही मधुमेह सूचकांक के अर्थ से भी आपको अवगत कराया जाएगा।</p> <p>क्या आपको रक्त ग्लूकोज (मधुमेह) की जांच के बारे में कुछ प्युछना है?</p> <p>यदि आपको इस प्रक्रिया के बारे में किसी भी समय कुछ भी प्युछना है तो कृपया मुझसे प्युछें। अब आप चाहें तो मधुमेह जांच के लिए हां या ना कह सकते हैं।</p> <p>क्या आप अपने इस जांच की प्रक्रिया की अनुमति देते?</p>		
451	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) . 3 (SIGN) _____ NOT PRESENT 4 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW. (IF REFUSED, GO TO 457)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) . 3 (SIGN) _____ NOT PRESENT 4 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW. (IF REFUSED, GO TO 457)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED ... 2 GRANTED (NO SIGNATURE) . 3 (SIGN) _____ NOT PRESENT 4 (GO TO 402 FOR NEXT MAN OR, IF NO MORE MEN, END INTERVIEW. (IF REFUSED, GO TO 457)
452	आखरी बार कब आपने कुछ खाया था ?	HOURS AGO <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'
453	आखरी बार कब आपने सादा पानी के अलावा कुछ और पिया था ?	HOURS AGO <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'	HOURS AGO <input type="text"/> IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00'
454	इस सर्वेक्षण से पहले, क्या आपके रक्त ग्लूकोज की कभी जांच हुई है?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
455	क्या आपने डॉक्टर, नर्स, या एएनएम द्वारा दो या अधिक अलग-अलग मौकों पर बताया कि आपका रक्त ग्लूकोज का स्तर अधिक था?	YES 1 NO 2 (GO TO 457)	YES 1 NO 2 (GO TO 457)	YES 1 NO 2 (GO TO 457)
456	अपने रक्त ग्लूकोज के स्तर को कम करने के लिए, क्या अब आप निर्धारित दवा ले रहे हैं?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
457	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR DBS COLLECTION?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 471)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 471)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (GO TO 471)

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
458	AGE: CHECK 401.	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 462) ← 55 YEARS AND ABOVE 3 (GO TO 471) ←	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 462) ← 55 YEARS AND ABOVE 3 (GO TO 471) ←	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 462) ← 55 YEARS AND ABOVE 3 (GO TO 471) ←
459	MARITAL STATUS: CHECK 401.	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 462) ←	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 462) ←	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 462) ←
460	ASK CONSENT FOR DBS COLLECTION FROM PARENT/ OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.	<p>इस सर्वेक्षण में हम देश भर के लोगों से मलेरिया, HbA1c और विटामिन डी का परीक्षण करने के लिए कह रहे हैं। मलेरिया बुखार का एक सामान्य कारण है और इसका इलाज दवाओं से किया जा सकता है। मलेरिया रोगियों में बुखार या कभी कभी बिना बुखार के मौजूद हो सकता है। मलेरिया के प्रकार का पता लगाना महत्वपूर्ण है और क्या वर्तमान में उपलब्ध दवाएं मलेरिया वाले व्यक्तियों के इलाज के लिए प्रभावी होंगी। दूसरी जांच HbA1c, हीमोग्लोबिन का प्रकार, तीन महीने के औसत रक्त ग्लूकोज के स्तर का अनुमान लगाने के लिए किया जाता है ताकि यह पता लगाया जा सके कि दवा लेने वाले मधुमेह के रोगियों में रक्त ग्लूकोज के स्तर को नियंत्रित किया गया है या नहीं। रक्त में विटामिन डी का स्तर विटामिन डी की कमी का पता लगाने के लिए मापा जाता है, जो भारत में बहुत आम है। विटामिन डी की कमी हड्डियों की भंगुरता का कारण बनती है और इससे फ्रैक्चर हो सकते हैं।</p> <p>यह जांच राष्ट्रीय स्तर की प्रयोगशालाओं में किए जाएंगे तथा उन्नत जानकारी प्राप्त करने के लिए और स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बेहतर बनाने के लिए यह सरकार द्वारा इसका उपयोग किया जाएगा। जांच के लिए, हमें उंगली से रक्त की कुछ (अधिक) बुंदों की आवश्यकता होती है। रक्त लेने के लिए उपयोग किए जाने वाले उपकरण साफ और पूरी तरह से सुरक्षित हैं। इसका उपयोग पहले कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक परीक्षण के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त के नमूना के साथ नाम नहीं जोड़े जाने की वजह से हम आपको जांच परिणाम से अवगत नहीं करा सकते हैं। (NAME OF ADOLESCENT)'s के जांच का परिणाम कोई अन्य भी नहीं जान पायेगा। बुखार और मधुमेह के मामले में देखभाल के बारे में जानकारी निदान और उपचार के लिए निकटतम स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के लिए एक रेफरल पत्र के साथ दी जाएगी। विटामिन डी की कमी को रोकने के तरीकों पर जानकारी भी प्रदान की जाएगी।</p> <p>क्या आप कुछ पुछना चाहते हैं ? आप चाहे तो इस जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं , यह आपके निर्णय के उपर है। क्या आप (NAME OF ADOLESCENT) की जांच की अनुमति देंगे ?</p>		
461	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 471)
462	ASK CONSENT FOR DBS COLLECTION FROM RESPONDENT.	<p>इस सर्वेक्षण में हम देश भर के लोगों से मलेरिया, HbA1c और विटामिन डी का परीक्षण करने के लिए कह रहे हैं। मलेरिया बुखार का एक सामान्य कारण है और इसका इलाज दवाओं से किया जा सकता है। मलेरिया रोगियों में बुखार या कभी कभी बिना बुखार के मौजूद हो सकता है। मलेरिया के प्रकार का पता लगाना महत्वपूर्ण है और क्या वर्तमान में उपलब्ध दवाएं मलेरिया वाले व्यक्तियों के इलाज के लिए प्रभावी होंगी। दूसरी जांच HbA1c, हीमोग्लोबिन का प्रकार, तीन महीने के औसत रक्त ग्लूकोज के स्तर का अनुमान लगाने के लिए किया जाता है ताकि यह पता लगाया जा सके कि दवा लेने वाले मधुमेह के रोगियों में रक्त ग्लूकोज के स्तर को नियंत्रित किया गया है या नहीं। रक्त में विटामिन डी का स्तर विटामिन डी की कमी का पता लगाने के लिए मापा जाता है, जो भारत में बहुत आम है। विटामिन डी की कमी हड्डियों की भंगुरता का कारण बनती है और इससे फ्रैक्चर हो सकते हैं।</p> <p>यह जांच राष्ट्रीय स्तर की प्रयोगशालाओं में किए जाएंगे तथा उन्नत जानकारी प्राप्त करने के लिए और स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बेहतर बनाने के लिए यह सरकार द्वारा इसका उपयोग किया जाएगा। जांच के लिए, हमें उंगली से रक्त की कुछ (अधिक) बुंदों की आवश्यकता होती है। रक्त लेने के लिए उपयोग किए जाने वाले उपकरण साफ और पूरी तरह से सुरक्षित हैं। इसका उपयोग पहले कभी नहीं किया गया है और प्रत्येक परीक्षण के बाद इसे फेंक दिया जाएगा। रक्त के नमूना के साथ नाम नहीं जोड़े जाने की वजह से हम आपको जांच परिणाम से अवगत नहीं करा सकते हैं। जांच का परिणाम कोई अन्य भी नहीं जान पायेगा। बुखार और मधुमेह के मामले में देखभाल के बारे में जानकारी निदान और उपचार के लिए निकटतम स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के लिए एक रेफरल पत्र के साथ दी जाएगी। विटामिन डी की कमी को रोकने के तरीकों पर जानकारी भी प्रदान की जाएगी।</p> <p>क्या आप कुछ पुछना चाहते हैं ? आप चाहे तो इस जांच के लिए 'हां' अथवा 'ना' कह सकते हैं , यह आपके निर्णय के उपर है। क्या आप की जांच की अनुमति देंगे ?</p>		
463	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE, SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ ← (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 471)
464	AGE: CHECK 401.	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 468) ←	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 468) ←	15-17 YEARS 1 18-54 YEARS 2 (GO TO 468) ←
465	MARITAL STATUS: CHECK 401.	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 468) ←	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 468) ←	NEVER MARRIED 1 OTHER 2 (GO TO 468) ←

		MAN 1	MAN 2	MAN 3
	NAME	NAME	NAME	NAME
466	ASK CONSENT FOR ADDITIONAL TESTING FROM PARENT/OTHER ADULT IDENTIFIED IN 409 AS RESPONSIBLE FOR NEVER MARRIED MEN AGE 15-17.	(NAME OF ADOLESCENT) का खून के नमूने की अतिरिक्त जांच या अन्वेषण के लिए (NAME OF AGENCY) प्रयोगशाला में उसको संग्रह करने की आपसे अनुमति चाहते हैं। अतिरिक्त जांच के बारे में हम निश्चित नहीं हैं। इस खून के नमूने के साथ (NAME OF ADOLESCENT) का नाम या कोई पहचान जुड़ा नहीं रहेगा। यदि आप खून के नमूने की अतिरिक्त जांच नहीं कराना चाहते फिर भी (NAME OF ADOLESCENT) इस सर्वेक्षण में भाग ले सकते हैं। क या आप (NAME OF ADOLESCENT) के खून के नमूने की अतिरिक्त जांच के लिए उसको संग्रह करने की अनुमति देंगे?		
467	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 470)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 470)	GRANTED (SIGNED) 1 PARENT/OTHER RESPONSIBLE ADULT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 470)
468	ASK CONSENT FOR ADDITIONAL TESTING, FROM RESPONDENT.	आपके खून के नमूने की अतिरिक्त जांच या अन्वेषण के लिए (NAME OF AGENCY) प्रयोगशाला में उसको संग्रह करने की आपसे अनुमति चाहते हैं। अतिरिक्त जांच के बारे में हम निश्चित नहीं हैं। इस खून के नमूने के साथ नाम या कोई पहचान जुड़ा नहीं रहेगा। यदि आप खून के नमूने की अतिरिक्त जांच नहीं कराना चाहते फिर भी इस सर्वेक्षण में भाग ले सकते हैं। क या आपके खून के नमूने की अतिरिक्त जांच के लिए उसको संग्रह करने की अनुमति देंगे?		
469	CIRCLE THE APPROPRIATE CODE AND SIGN YOUR NAME.	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 471)	GRANTED (SIGNED) 1 RESPONDENT REFUSED 2 GRANTED (NO SIGNATURE) 3 _____ (SIGN) (IF REFUSED, GO TO 471)
471	PREPARE EQUIPMENT AND SUPPLIES ONLY FOR THE TEST(S) FOR WHICH CONSENT HAS BEEN OBTAINED AND PROCEED WITH THE TEST(S)			
472	RECORD THE TIME OF THE BLOOD GLUCOSE TEST	HOURS MINUTES [][] : [][] NOT TESTED 9996	HOURS MINUTES [][] : [][] NOT TESTED 9996	HOURS MINUTES [][] : [][] NOT TESTED 9996
473	RECORD BLOOD GLUCOSE IN MG/DL	MG/DL [][][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998	MG/DL [][][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998	MG/DL [][][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998
473A	CHECK THE COVER PAGE: IS THE HOUSEHOLD SELECTED FOR STATE MODULE?	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 479 ↓	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 479 ↓	YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → GO TO 479 ↓
474	RECORD HAEMO-GLOBIN LEVEL HERE AND IN ANAEMIA PAMPHLET.	G/DL [][] . [][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998	G/DL [][] . [][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998	G/DL [][] . [][] REFUSED 995 OTHER 996 NOT TESTED 998
475	BAR CODE LABEL	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE. </div> REFUSED 999994 NOT SELECTED 999995 OTHER 999996 PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE. </div> REFUSED 999994 NOT SELECTED 999995 OTHER 999996 PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> PUT THE 1ST BAR CODE LABEL HERE. </div> REFUSED 999994 NOT SELECTED 999995 OTHER 999996 PUT THE 2ND BAR CODE LABEL ON THE RESPONDENT'S FILTER PAPER AND THE 3RD ON THE TRANSMITTAL FORM.
476	MARK FILTER PAPER CARD FOR DIABETES TESTING	CHECK 456: IF YES, TICK THE "YES" ON MEDICATION BOX. IF NO, TICK THE "NO" ON MEDICATION BOX.		
477	MARK FILTER PAPER CARD FOR ADDITIONAL TEST	ADULT RESPONDENT CHECK 469; MINOR RESPONDENT CHECK 467 AND 469. IF GRANTED, TICK "YES" BOX. IF REFUSED TICK "NO" BOX.		
477A	CHECK 402	IF AGE 55 AND ABOVE <input type="checkbox"/> → GO TO 479 OTHER <input type="checkbox"/>	IF AGE 55 AND ABOVE <input type="checkbox"/> → GO TO 479 OTHER <input type="checkbox"/>	IF AGE 55 AND ABOVE <input type="checkbox"/> → GO TO 479 OTHER <input type="checkbox"/>
478	क्या आपने कभी औरल कैविटी का परीक्षण करवाया है?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
479	GO BACK TO 402 IN NEXT COLUMN OF THIS QUESTIONNAIRE OR IN THE FIRST COLUMN OF AN ADDITIONAL QUESTIONNAIRE; IF NO MORE MEN, END INTERVIEW.			

HEALTH INVESTIGATOR'S OBSERVATIONS

TO BE FILLED IN AFTER COMPLETING BIOMARKERS

COMMENTS ABOUT RESPONDENT:

COMMENTS ON SPECIFIC TESTS/QUESTIONS:

ANY OTHER COMMENTS:

SUPERVISOR'S OBSERVATIONS

NAME OF SUPERVISOR: _____ DATE: _____