

31 MAY 2019

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, भारत 2019-20 (NFHS-5)
 महिला प्रश्नावली [STATE NAME]
 NATIONAL FAMILY HEALTH SURVEY, INDIA 2019-20 (NFHS-5)
 WOMAN'S QUESTIONNAIRE [STATE NAME]

CONFIDENTIAL
 For research
 purposes only

IDENTIFICATION

STATE _____

DISTRICT _____

TEHSIL/TALUK _____

CITY/TOWN/VILLAGE _____

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

PSU NUMBER

STRUCTURE NUMBER

HOUSEHOLD NUMBER

NAME AND LINE NUMBER OF WOMAN _____

ADDRESS OF HOUSEHOLD _____

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

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

INTERVIEWER VISITS

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

*RESULT CODES:

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

**LANGUAGE CODES:

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

SPECIFY

**LANGUAGE OF QUESTIONNAIRE

HINDI

**RESPONDENT'S MOTHER TONGUE

**LANGUAGE OF INTERVIEW

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

04

SECTION 1. RESPONDENT'S BACKGROUND

INTRODUCTION AND INFORMED CONSENT

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

क्या आप मुझसे कुछ सवाल पूछना चाहती है?

ANSWER ANY QUESTIONS AND ADDRESS RESPONDENT'S CONCERNS.

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

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

Do you have any questions?

ANSWER ANY QUESTIONS AND ADDRESS RESPONDENT'S CONCERNS.

Do you agree to participate in this survey?

SIGNATURE OF INTERVIEWER: _____ DATE: _____

RESPONDENT AGREES
TO BE INTERVIEWED 1



RESPONDENT DOES NOT AGREE
TO BE INTERVIEWED 2 → END

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
101	RECORD THE TIME.	HOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	आपका जन्म किस महीने और साल में हुआ था? In what month and year were you born?	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW MONTH 98 YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW YEAR 9998	
103	पिछले जन्मदिन पर आपकी आयु कितनी थी? How old were you at your last birthday? COMPARE AND CORRECT 102 AND/OR 103 IF INCONSISTENT.	AGE IN COMPLETED YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	आप कितने समय से निरंतर (CURRENT PLACE OF RESIDENCE) में रह रहे हैं? How long have you been living continuously in (CURRENT PLACE OF RESIDENCE)? IF LESS THAN 1 YEAR, RECORD '00'	YEARS <input type="text"/> <input type="text"/> ALWAYS 95 VISITOR 96	
105	क्या आप कभी स्कूल गयी हैं? Have you ever attended school?	YES 1 NO 2	→ 108
106	आपने कौन सा उच्चतम दर्जा पास किया है? What is the highest grade you completed?	GRADE <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	CHECK 106: GRADE 00-08 <input type="checkbox"/> GRADE 09 AND ABOVE <input type="checkbox"/>		→ 110
108	अब मैं चाहूंगी कि आप मुझे यह वाक्य पढ़कर सुनाएं। SHOW A SENTENCE FROM THE LITERACY CARD TO RESPONDENT. IF RESPONDENT CANNOT READ WHOLE SENTENCE, PROBE: क्या आप इस वाक्य के किसी भी भाग को पढ़कर मुझे सुना सकती हैं? Now I would like you to read this sentence to me. SHOW A SENTENCE FROM THE LITERACY CARD TO RESPONDENT. IF RESPONDENT CANNOT READ WHOLE SENTENCE, PROBE: Can you read any part of the sentence to me?	CANNOT READ AT ALL 1 ABLE TO READ ONLY PARTS OF SENTENCE 2 ABLE TO READ WHOLE SENTENCE 3 NO CARD WITH REQUIRED LANGUAGE 4 (SPECIFY LANGUAGE) BLIND/VISUALLY IMPAIRED 5	
109	CHECK 108: CODE '2', '3' OR '4' RECORDED <input type="checkbox"/> CODE '1' OR '5' RECORDED <input type="checkbox"/>		→ 111
110	क्या आप अखबार या पत्रिका लगभग सप्ताह में कम से कम एक बार, सप्ताह में एक बार से कम या कभी नहीं पढ़ती हैं? Do you read a newspaper or magazine at least once a week, less than once a week or not at all?	AT LEAST ONCE A WEEK 1 LESS THAN ONCE A WEEK 2 NOT AT ALL 3	
111	क्या आप रेडियो लगभग सप्ताह में कम से कम एक बार, सप्ताह में एक बार से कम या कभी नहीं सुनती हैं? Do you listen to the radio at least once a week, less than once a week or not at all?	AT LEAST ONCE A WEEK 1 LESS THAN ONCE A WEEK 2 NOT AT ALL 3	
112	क्या आप टेलीविजन लगभग सप्ताह में कम से कम एक बार, सप्ताह में एक बार से कम या कभी नहीं देखती हैं? Do you watch television at least once a week, less than once a week or not at all?	AT LEAST ONCE A WEEK 1 LESS THAN ONCE A WEEK 2 NOT AT ALL 3	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
113	<p>क्या आप सामान्यतः महीने में कम से कम एक बार सिनेमाघर या थियेटर में सिनेमा देखने जाती हैं?</p> <p>Do you usually go to a cinema hall or theatre to see a movie at least once a month?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	
114	<p>आपका धर्म क्या है?</p> <p>What is your religion?</p>	<p>HINDU 01</p> <p>MUSLIM 02</p> <p>CHRISTIAN 03</p> <p>SIKH 04</p> <p>BUDDHIST/NEO-BUDDHIST 05</p> <p>JAIN..... 06</p> <p>JEWISH 07</p> <p>PARSI/ZOROASTRIAN 08</p> <p>NO RELIGION 09</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY)</p>	
115	<p>आपकी जाति या जनजाति क्या है?</p> <p>What is your caste or tribe?</p>	<p>CASTE 991</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>TRIBE 992</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NO CASTE/TRIBE 993</p> <p>DON'T KNOW 998</p>	<p>→ 201</p>
116	<p>क्या आप अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति, अन्य पिछड़े वर्ग से हैं या इनमें से कोई नहीं हैं?</p> <p>Do you belong to a scheduled caste, a scheduled tribe, other backward class, or none of these?</p>	<p>SCHEDULED CASTE 1</p> <p>SCHEDULED TRIBE 2</p> <p>OBC 3</p> <p>NONE OF THEM 4</p>	

SECTION 2. REPRODUCTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP				
201	अब मैं आपसे उन बच्चों के बारे में पूछना चाहूँगी जिन्हें आपने अपने जीवनकाल में जन्म दिया है। क्या आपने कभी किसी बच्चे को जन्म दिया है? Now I would like to ask about all the births you have had during your life. Have you ever given birth?	YES 1 NO 2	→ 206				
202	क्या आपके कोई ऐसे बेटे या बेटियाँ हैं जिन्हें आपने जन्म दिया है और जो अभी आपके साथ रहते हैं? Do you have any sons or daughters to whom you have given birth who are now living with you?	YES 1 NO 2	→ 204				
203	a. कितने बेटे आपके साथ रहते हैं? How many sons live with you? b. और कितनी बेटियाँ आपके साथ रहती हैं? And how many daughters live with you? IF NONE, RECORD '00'.	SONS AT HOME <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> DAUGHTERS AT HOME <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
204	क्या आपके ऐसे बेटे या बेटियाँ हैं जिन्हें आपने जन्म दिया है और जो जीवित हैं लेकिन आपके साथ नहीं रहते हैं? Do you have any sons or daughters to whom you have given birth who are alive but do not live with you?	YES 1 NO 2	→ 206				
205	a. ऐसे कितने जीवित बेटे हैं जो आपके साथ नहीं रहते हैं? How many sons are alive but do not live with you? b. और ऐसी कितनी जीवित बेटियाँ हैं जो आपके साथ नहीं रहती हैं? And how many daughters are alive but do not live with you? IF NONE, RECORD '00'.	SONS ELSEWHERE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> DAUGHTERS ELSEWHERE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
206	क्या आपने कभी किसी लड़के या लड़की को जन्म दिया है जो जन्म के समय जीवित था या थी लेकिन बाद में जिसकी मृत्यु हो गई? IF NO, PROBE: कोई बच्चा जो रोया था या जिसने जीवित होने का कोई संकेत दिया लेकिन बाद में जीवित नहीं रहा? Have you ever given birth to a boy or girl who was born alive but later died? IF NO, PROBE: Any baby who cried, who made any movement, sound or effort to breathe, or who showed any other signs of life even if for a very short time?	YES 1 NO 2	→ 208				
207	a. कितने लड़कों की मृत्यु हुई है? How many boys have died? b. और कितनी लड़कियों की मृत्यु हुई है? And how many girls have died? IF NONE, RECORD '00'.	BOYS DEAD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> GIRLS DEAD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
208	SUM ANSWERS TO 203, 205, AND 207, AND ENTER TOTAL. IF NONE, RECORD '00'.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
209	CHECK 208: यह सुनिश्चित करने के लिए कि मैंने सही लिखा है: आपने अपने जीवन में कुल _____ बच्चों को जन्म दिया है। क्या यह सही है? Just to make sure that I have this right: you have had in TOTAL _____ births during your life. Is that correct? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → PROBE AND CORRECT 201-208 AS NECESSARY.						
210	CHECK 208: ONE OR MORE BIRTHS <input type="checkbox"/> NO BIRTHS <input type="checkbox"/> → 226						

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

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
222	क्या (NAME OF LAST BIRTH) के जन्म के बाद आपको कोई जीवित बच्चा पैदा हुआ? Have you had any live births since the birth of (NAME OF LAST BIRTH)? IF YES, RECORD BIRTH(S) IN TABLE.	YES 1 NO 2	
223	क्या (NAME OF FIRST BIRTH) के जन्म के पहले आपको कोई जीवित बच्चा पैदा हुआ? Before the birth of (NAME OF FIRST BIRTH), did you have any other live births? IF YES, RECORD BIRTH(S) IN TABLE.	YES 1 NO 2	
224	CHECK 215 AND ENTER THE NUMBER OF BIRTHS IN JANUARY 2014 OR LATER.	NUMBER OF BIRTHS <input type="text"/> NONE 0	→ 226
225	FOR EACH BIRTH SINCE JANUARY 2014, ENTER 'B' IN THE MONTH OF BIRTH IN COLUMN 1 OF THE CALENDAR. WRITE THE NAME OF THE CHILD TO THE LEFT OF THE 'B' CODE. FOR EACH BIRTH, ASK THE NUMBER OF COMPLETED MONTHS THE PREGNANCY LASTED AND RECORD 'P' IN EACH OF THE PRECEDING MONTHS ACCORDING TO THE DURATION OF PREGNANCY. (NOTE: THE NUMBER OF P's MUST BE ONE LESS THAN THE NUMBER OF MONTHS THAT THE PREGNANCY LASTED.) FOR EACH BIRTH ASK: C जब आप (NAME) के समय गर्भवती थीं तब क्या आपका अल्ट्रासाउंड [सोनोग्राफी] परीक्षण हुआ था? At any time when you were pregnant with (NAME), did you have an ultrasound test? RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN COLUMN 2 IN THE MONTH OF BIRTH.		
226	क्या आप अभी गर्भवती हैं? Are you pregnant now?	YES 1 NO 2 UNSURE 8	→ 231
227	आप कितने महीनों से गर्भवती हैं? How many months pregnant are you? RECORD NUMBER OF COMPLETED MONTHS. C ENTER 'P's IN COLUMN 1 OF CALENDAR, BEGINNING WITH MONTH OF INTERVIEW AND FOR THE TOTAL NUMBER OF COMPLETED MONTHS.	MONTHS <input type="text"/>	
228	क्या इस गर्भावस्था के दौरान कभी भी आपका अल्ट्रासाउंड [सोनोग्राफी] परीक्षण हुआ है? At any time during this pregnancy, have you had an ultrasound test? C RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN COLUMN 2 OF THE CALENDAR IN THE CURRENT MONTH.		
229	जब आप गर्भवती हुई उस समय क्या आप गर्भवती होना चाहती थीं? When you got pregnant, did you want to get pregnant at that time?	YES 1 NO 2	→ 231

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
230	<p>CHECK 208: TOTAL NUMBER OF BIRTHS</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ ONE OR MORE a. क्या आप बच्चा बाद में चाहती थी या आप कोई और बच्चे नहीं चाहती थी? Did you want to have the baby later on or did you not want any more children? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ NONE b. क्या आप बच्चा बाद में चाहती थी या आप कोई बच्चा नहीं चाहती थी? Did you want to have the baby later on or did you not want any children? </div> </div>	LATER 1 NO MORE/NONE 2	
231	क्या आपका कोई गर्भ ऐसा था जिसका अपने आप गर्भपात हो गया, गर्भपात कराया गया या मृत बच्चे का जन्म हुआ? Have you ever had a pregnancy that miscarried, was aborted, or ended in a stillbirth?	YES 1 NO 2	→ 250
232	ऐसे सबसे आखिरी गर्भ की समाप्ति कब हुई? When did the last such pregnancy end?	MONTH YEAR	
233	CHECK 232: LAST PREGNANCY ENDED IN <input type="checkbox"/> JANUARY 2014 OR LATER LAST PREGNANCY ENDED IN <input type="checkbox"/> 2013 OR EARLIER		→ 250
234	क्या उस गर्भ का रुवत: गर्भपात हो गया/या गर्भपात कराया गया था, या बच्चा मृत पैदा हुआ था? Did that pregnancy end in a miscarriage, an abortion, or a stillbirth? C CIRCLE RESPONSE CODE AND ENTER 'M' FOR MISCARRIAGE, 'A' FOR ABORTION, OR 'S' FOR STILLBIRTH IN COLUMN 1 OF THE CALENDAR IN MONTH IN WHICH PREGNANCY WAS TERMINATED.	MISCARRIAGE 1 ABORTION 2 STILLBIRTH 3	
235	आखिरी ऐसे गर्भ की जब समाप्ति हुई उस समय आपको कितने महीने का गर्भ था? How many months pregnant were you when the last such pregnancy ended? C RECORD NUMBER OF COMPLETED MONTHS. ENTER 'P's IN COLUMN 1 OF CALENDAR IN MONTHS BEFORE THE PREGNANCY TERMINATED. TOTAL NUMBER OF 'P's MUST BE ONE LESS THAN NUMBER OF MONTHS PREGNANT AT TIME OF TERMINATION.	MONTHS	
236	क्या इस गर्भावस्था के दौरान कभी भी आपका अल्ट्रासाउंड[सोनोग्राफी] परीक्षण हुआ था? At any time during this pregnancy, did you have an ultrasound test? C RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN COLUMN 2 OF THE CALENDAR IN MONTH IN WHICH PREGNANCY WAS TERMINATED.		
237	CHECK 234: ABORTION <input type="checkbox"/> ↓ MISCARRIAGE OR STILLBIRTH <input type="checkbox"/>		→ 246

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
245	<p>आपने इलाज क्यों नहीं कराया था? कोई अन्य कारण?</p> <p>Why did you not seek treatment? Any other reason?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>COULD NOT AFFORD TREATMENT A</p> <p>COULD NOT AFFORD TRANSPORT B</p> <p>FEAR OF STIGMA BY PROVIDER C</p> <p>FEAR OF STIGMA BY COMMUNITY D</p> <p>COMPLICATION WAS MINOR/DID NOT REQUIRE TREATMENT E</p> <p>PROBLEM RESOLVED ITSELF F</p> <p>COULD NOT GET AWAY FROM FAMILY RESPONSIBILITIES G</p> <p>HUSBAND DID NOT GIVE PERMISSION .. H</p> <p>OTHER X</p> <p>(SPECIFY)</p>																	
246	<p>जनवरी 2014 से क्या आपके कोई ऐसे अन्य गर्भधारण हुए जिनका परिणाम जीवित जन्म में न हुआ हो?</p> <p>Since January 2014, have you had any other pregnancies that did not result in a live birth?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 248																
247	<p>ASK THE DATE AND THE DURATION OF PREGNANCY FOR EACH EARLIER NON-LIVE BIRTH PREGNANCY SINCE JANUARY 2014.</p> <p>C ENTER 'T' IN COLUMN 1 OF CALENDAR IN MONTH THAT EACH PREGNANCY TERMINATED AND 'P' FOR REMAINING NUMBER OF COMPLETED MONTHS.</p> <p>FOR EACH TERMINATED PREGNANCY ASK:</p> <p>क्या इस गर्भविस्था के दौरान कभी भी आपका अल्ट्रासाउंड [सोनोग्राफी] परीक्षण हुआ है?</p> <p>At any time during this pregnancy, did you have an ultrasound test?</p> <p>C RECORD 'Y' IF YES AND 'N' IF NO IN COLUMN 2 OF THE CALENDAR IN MONTH IN WHICH PREGNANCY WAS TERMINATED.</p>																		
248	<p>क्या 2013 में या उससे पहले आपको कोई ऐसे गर्भधारण हुए जिनका परिणाम जीवित जन्म में नहीं हुआ हो?</p> <p>Did you have any pregnancies that terminated in 2013 or earlier that did not result in a live birth?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 250																
249	<p>2013 में या उससे पहले आखिरी गर्भ की समाप्ति कब हुई?</p> <p>When did the last such pregnancy that terminated in 2013 or earlier?</p>	<p>MONTH <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>YEAR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>																	
250	<p>आपका पिछला मासिक धर्म कब शुरू हुआ?</p> <p>When did your last menstrual period start?</p> <p>.....</p> <p>(DATE, IF GIVEN)</p> <p>IF LESS THAN 1 WEEK, RECORD DAYS; IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS; IF LESS THAN 1 YEAR, RECORD MONTHS.</p>	<p>DAYS AGO 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>WEEKS AGO 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MONTHS AGO 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>YEARS AGO 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>HAS HAD HYSTERECTOMY 993</p> <p>IN MENOPAUSE 994</p> <p>BEFORE LAST BIRTH 995</p> <p>NEVER MENSTRUATED 996</p>																	<p>→ 254</p> <p>→ 253</p>
251	<p>CHECK 250:</p> <p>LAST MENSTRUAL PERIOD > 6 MONTHS AGO <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/></p>		→ 257																
252	<p>CHECK 226:</p> <p>NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/></p> <p>PREGNANT <input type="checkbox"/></p>		→ 257																

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
253	कुछ महिलाएं गर्भाशय निकालने हेतु ऑपरेशन करवाती हैं। क्या आपने कोई ऐसा ऑपरेशन करवाया है? Some women undergo an operation to remove the uterus. Have you undergone such an operation?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	<input type="checkbox"/> 257
254	आपने कितने साल पहले यह ऑपरेशन [हिस्टरेक्टमी] करवाया था? How many years ago was this operation [hysterectomy] performed? IF LESS THAN 1 YEAR AGO, RECORD '00'.	YEARS AGO <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 98	
255	यह ऑपरेशन [हिस्टरेक्टमी] कहाँ पर करवाया गया था? Where was this operation performed? IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF FACILITY/PLACE)	PUBLIC HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL 11 GOVT. DISPENSARY 12 UHC/UHP/UFWC 13 CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC 14 PHC/ADDITIONAL PHC 15 SUB-CENTRE 16 GOVT. MOBILE CLINIC 17 CAMP 18 OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY 19 NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC 21 PRIVATE HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL 31 PVT. DOCTOR/CLINIC 32 PVT. MOBILE CLINIC 33 OTHER PRIVATE HEALTH FACILITY 34 OTHER 96 (SPECIFY) DON'T KNOW 98	
256	किस कारण से यह ऑपरेशन करवाया गया था? कोई अन्य कारण? Why was this operation performed? Any other reason? RECORD ALL MENTIONED.	EXCESSIVE MENSTRUAL BLEEDING AND/OR PAIN A FIBROIDS/CYSTS B UTERINE RUPTURE C CANCER D UTERINE PROLAPSE E SEVERE POST-PARTUM HAEMORRHAGE F CERVICAL DISCHARGE G OTHER X (SPECIFY)	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
257	CHECK 250: NEVER <input type="checkbox"/> MENSTRUATED OTHER <input type="checkbox"/>		→ 261
258	CHECK 103: AGE 15-24 <input type="checkbox"/> AGE 25 OR MORE <input type="checkbox"/>		→ 261
259	जब आपका पहला मासिक धर्म शुरू हुआ, तब आपकी उम्र कया थी? How old were you when you had your first monthly period?	AGE IN COMPLETED YEARS <input type="text"/>	
260	मासिक धर्म के दौरान खून के दाग से बचने के लिए महिलाएं विभिन्न तरीके अपनाती हैं। कया आप कुछ प्रयोग करती है यदि हां तो कया? कुछ और? Women use different methods of protection during their menstrual period to prevent bloodstains from becoming evident. What do you use for protection, if anything? Anything else? RECORD ALL MENTIONED.	CLOTH A LOCALLY PREPARED NAPKINS B SANITARY NAPKINS C TAMPONS D MENSTRUAL CUP E NOTHING F OTHER X (SPECIFY)	
261	एक मासिक धर्म से अगले मासिक धर्म के दौरान कया कुछ ऐसे दिन होते हैं जिनमें यदि महिला यौन संबंध रखती है तो उसके गर्भवती होने की संभावना अधिक रहती है? From one menstrual period to the next, are there certain days when a woman is more likely to become pregnant if she has sexual relations?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8 - - - - -	→ 263
262	कया यह समय मासिक धर्म शुरू होने के ठीक पहले, मासिक धर्म के दौरान, मासिक धर्म बंद होने के ठीक बाद, या दो मासिक धर्मों के बिल्कुल बीच में होता है? Is this time just before her period begins, during her period, right after her period has ended, or halfway between two periods?	JUST BEFORE HER PERIOD BEGINS 1 DURING HER PERIOD 2 RIGHT AFTER HER PERIOD HAS ENDED 3 HALFWAY BETWEEN TWO PERIODS 4 OTHER 6 (SPECIFY) DON'T KNOW 8	
263	CHECK 250: LAST MENSTRUAL PERIOD < 6 MONTHS AGO <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		→ 301
264	कया आप मासिक धर्म के समय खान करती हैं? Do you take a bath during your menstrual period ?	YES 1 NO 2	→ 301
265	मासिक धर्म के दौरान, कया आप सामान्यतः उसी खानगृह में खान करती हैं जहाँ परिवार के अन्य सदस्य खान करते हैं? During your period, do you usually take a bath in the same bathroom as other household members take a bath?	YES 1 NO 2 DOES NOT HAVE BATHROOM 3	

SECTION 3A. MARRIAGE AND COHABITATION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
301	आपकी वर्तमान वैवाहिक स्थिति क्या है? What is your current marital status?	CURRENTLY MARRIED 1 MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED 2 WIDOWED 3 DIVORCED 4 SEPARATED 5 DESERTED 6 NEVER MARRIED 7	→ 305 → 307 → 315
302	क्या आपके पति आपके साथ रह रहे हैं, या वे कहीं और रह रहे हैं? Is your husband living with you now, or is he staying elsewhere?	LIVING WITH HER 1 STAYING ELSEWHERE 2	→ 304
303	कितने समय से आप और आपके पति एक साथ नहीं रह रहे हैं? For how long have you and your husband not been living together? IF LESS THAN 1 YEAR, RECORD MONTHS; OTHERWISE RECORD COMPLETED YEARS.	MONTHS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
304	RECORD THE HUSBAND'S NAME AND LINE NUMBER FROM THE HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE. IF HE IS NOT LISTED IN THE HOUSEHOLD, RECORD '00' IN THE BOXES FOR LINE NUMBER.	NAME LINE NO. <input type="text"/> <input type="text"/>	
305	आपके अलावा, क्या आपके पति की और भी पत्नियाँ हैं? Besides yourself, does your husband have other wives?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 307
306	कुल मिलाकर, आपके समेत, उनकी कितनी पत्नियाँ हैं? Including yourself, in total, how many wives does he have?	NUMBER OF WIVES <input type="text"/> DON'T KNOW 8	
307	क्या आपका विवाह एक या एक से अधिक बार हुआ है? Have you been married once or more than once?	ONLY ONCE 1 MORE THAN ONCE 2	→ 308A
308	आपका विवाह किस महीने और साल में हुआ था? In what month and year did you get married?	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW MONTH 98	
308A	अब मैं आपसे पूछना चाहूँगी कि जब आपका आपके पहले पति से विवाह हुआ था वह कौन-सा महीना और साल था? Now I would like to ask about when you married your first husband. In what month and year was that?	YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW YEAR 9998	→ 310
309	जब (पहली बार) आपका विवाह हुआ था, तब आपकी आयु कितनी थी? How old were you when you (first) got married?	AGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	शादी से पहले क्या आपके (वर्तमान) पति की आपसे कोई रिश्तेदारी थी? Before you got married, was your (current) husband related to you in any way?	YES 1 NO 2	→ 312
311	आपकी कैसी रिश्तेदारी थी? What type of relationship was it?	FIRST COUSIN ON FATHER'S SIDE... 1 FIRST COUSIN ON MOTHER'S SIDI... 2 SECOND COUSIN 3 UNCLE 4 OTHER BLOOD RELATIVE 5 BROTHER-IN-LAW 6 OTHER NON-BLOOD RELATIVE 7	
312	CHECK 301: MARITAL STATUS CODE '2' CIRCLED <input type="checkbox"/> CODE '2' NOT CIRCLED <input type="checkbox"/>		→ 315

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
313	<p>CHECK 307:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>MARRIED ONLY ONCE</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>MARRIED MORE THAN ONCE</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <p>a. आपने अपने पति के साथ कौन से महीने और साल से रहना शुरू किया था?</p> <p>In what month and year did you start living with your husband?</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>b. अब मैं आपसे यह पूछना चाहूंगी कि जब आपने अपने पहले पति के साथ रहना शुरू किया, वह कौन-सा महीना और साल था?</p> <p>Now I would like to ask about when you started living with your first husband. In what month and year was that?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>MONTH <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW MONTH 98</p> <p>YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW YEAR 9998</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>→ 316</p> </div> </div>	
314	<p>आपने उनके साथ जब पहली बार रहना शुरू किया तब आपकी आयु कितनी थी?</p> <p>How old were you when you first started living with him?</p>	<p>AGE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 316</p>
315	<p>CHECK FOR THE PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.</p> <p>अब मैं आपसे पारिवारिक जीवन संबंधी मुद्दों को ठीक से समझने के लिए लैंगिक जीवन के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी। मैं आपको फिर से विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रखे जायेंगे और किसी को नहीं बतायें जायेंगे। अगर आप फिर भी उत्तर नहीं देना चाहें तो मुझे बतायें, मैं अगले प्रश्न पर चली जाऊंगी।</p> <p>क्या आपने कभी संभोग किया है?</p> <p>Now I need to ask you some questions about sexual life in order to gain a better understanding of some family life issues. Let me assure you again that your answers are completely confidential and will not be told to anyone. If you do not want to answer, just let me know and I will skip to the next question.</p> <p>Have you ever had sexual intercourse?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	<p>→ 317</p>
316	<p>CHECK FOR THE PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.</p> <p>(अब मैं आपसे पारिवारिक जीवन संबंधी मुद्दों को ठीक से समझने के लिए लैंगिक जीवन के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी। मैं आपको फिर से विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रखे जायेंगे और किसी को नहीं बतायें जायेंगे। अगर आप फिर भी उत्तर नहीं देना चाहें तो मुझे बतायें, मैं अगले प्रश्न पर चली जाऊंगी।)</p> <p>जब आपने सबसे पहली बार संभोग किया तब आपकी आयु कितनी थी?</p> <p>(Now I need to ask you some questions about sexual life in order to gain a better understanding of some family life issues. Let me assure you again that your answers are completely confidential and will not be told to anyone. If you do not want to answer, just let me know and I will skip to the next question.)</p> <p>How old were you when you had sexual intercourse for the very first time?</p>	<p>NEVER HAD SEXUAL INTERCOURSE 00</p> <p>AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>FIRST TIME WHEN STARTED LIVING WITH (FIRST) HUSBAND ... 95</p>	

SECTION 3B. CONTRACEPTION

317	अब मैं आपसे परिवार नियोजन के बारे में बात करना चाहूंगी - ऐसे बहुत से तरीके या साधन हैं जिन्हें दम्पति गर्भधारण टालने या रोकने के लिए इस्तेमाल कर सकते हैं। क्या आपने कभी (METHOD) के बारे में सुना है? Now I would like to talk about family planning - the various ways or methods that a couple can use to delay or avoid a pregnancy. Have you ever heard of (METHOD)?	
01	स्त्री नसबंदी : और अधिक बच्चों के जन्म को रोकने के लिए स्त्रियाँ ऑपरेशन करा सकती हैं। FEMALE STERILIZATION: A woman can have an operation to avoid having any more children.	YES 1 NO 2
02	पुरुष नसबंदी : और अधिक बच्चों के जन्म को रोकने के लिए पुरुष ऑपरेशन करा सकते हैं। MALE STERILIZATION: A man can have an operation to avoid having any more children.	YES 1 NO 2
03	आइ यू डी या पी पी आइ यू डी : स्त्रियाँ डॉक्टर या नर्स से अपनी योनि में आइ यू डी या लूप लगवा सकती हैं। IUD OR PPIUD: A woman can have a loop or coil placed inside her vagina by a doctor or a nurse.	YES 1 NO 2
04	गर्भनिरोधक इंजेक्शन : स्त्रियाँ स्वास्थ्य प्रदानकर्ता (डॉक्टर, नर्स इत्यादि) से इंजेक्शन लगवा सकती हैं जो उन्हें एक या अधिक महीनों के लिए गर्भवती होने से रोक सकता है। INJECTABLES: A woman can have an injection by a health provider that stops her from becoming pregnant for one or more months.	YES 1 NO 2
05	गर्भनिरोधक गोली : स्त्रियाँ गर्भधारण को टालने के लिए एक गोली प्रतिदिन या प्रत्येक सप्ताह ले सकती हैं। PILL: A woman can take a pill every day or every week to avoid becoming pregnant.	YES 1 NO 2
06	कंडोम या निरोध : पुरुष संभोग के पहले अपने लिंग पर रबर का आवरण लगा सकते हैं। CONDOM OR NIRODH: A man can put a rubber sheath on his penis before sexual intercourse.	YES 1 NO 2
07	स्त्री कंडोम : स्त्री संभोग के पहले अपनी योनि में रबर का आवरण रख सकती हैं। FEMALE CONDOM: A woman can place a sheath in her vagina before sexual intercourse.	YES 1 NO 2
08	आपातकालीन गर्भनिरोधक : स्त्रियाँ गर्भधारण को टालने के लिए संभोग होने के बाद तीन दिन तक गर्भनिरोधक गोली ले सकती हैं। EMERGENCY CONTRACEPTION: A woman can take pills up to three days after sexual intercourse to avoid becoming pregnant.	YES 1 NO 2
09	गर्भ-निरोध टोपी [डायाफ्राम] : महिलाएं संभोग के पहले स्वयं ही इसे योनि के अंदर रख सकती हैं ? DIAPHRAGM: A woman can place a diaphragm inside herself before intercourse.	YES 1 NO 2
10	फोम/जेली [झाग/लसलसा पदार्थ] : महिलाएं संभोग के पहले स्वयं ही फोम या जेली को योनि के अंदर लगा सकती हैं ? FOAM/JELLY: A woman can place foam or jelly inside herself before intercourse.	YES 1 NO 2

11	<p>मानक दिन विधि : महिलाएं रंगीन मनकों वाली डोरी का इस्तेमाल उन दिनों को जानने के लिए करती हैं जब वे गर्भवती हो सकती हैं। जिन दिनों वे गर्भवती हो सकती हैं, उन दिनों में वे कंडोम [निरोध] का इस्तेमाल करती हैं या संभोग नहीं करती हैं।</p> <p>STANDARD DAYS METHOD: A woman uses a string of colored beads to know the days she can get pregnant. On the days she can get pregnant, she uses a condom or does not have sexual intercourse.</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>
12	<p>लैक्टेशनल अमेनोरिया विधि [LAM] : मासिक धर्म की अवधि वापस आने से पहले, प्रसव के छह महीने बाद, एक महिला दिन और रात को लगातार स्तनपान कराने की विधि का उपयोग करती है।</p> <p>LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD (LAM): Up to six months after childbirth, before the menstrual period has returned, a woman uses a method requiring frequent breastfeeding day and night.</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>
13	<p>सुरक्षित काल पद्धति : प्रत्येक महीने में जब स्त्री लैंगिक रूप से सक्रिय रहती है तब महीने के जिन दिनों में उसके गर्भवती होने की अत्यधिक संभावना रहती है उन दिनों में संभोग न करके वह गर्भाधारण को टाल सकती है।</p> <p>RHYTHM METHOD: Every month that a woman is sexually active she can avoid pregnancy by not having sexual intercourse on the days of the month she is most likely to get pregnant.</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>
14	<p>अधपतन यानि विदग्धावल : पुरुष चरमोत्कर्ष (वीर्य आने) के पहले सावधानी पूर्वक लिंग को बाहर निकाल लेता है।</p> <p>WITHDRAWAL: A man can be careful and pull out before climax.</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>
15	<p>क्या आपने किसी अन्य तरीकों या साधनों के बारे में सुना है जिनका उपयोग स्त्रियां या पुरुष गर्भाधारण को टालने के लिए कर सकते हैं?</p> <p>Have you heard of any other ways or methods that women or men can use to avoid pregnancy?</p>	<p>a. OTHER MODERN METHOD</p> <p>YES 1</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NO 2</p> <p>b. OTHER TRADITIONAL METHOD</p> <p>YES 1</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NO 2</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
318	CHECK 315: EVER HAD SEXUAL INTERCOURSE YES OR <input type="checkbox"/> NOT ASKED <input type="checkbox"/>	NEVER <input type="checkbox"/> HAD SEX <input type="checkbox"/>	→ 320
319	क या आपने कभी गर्भधारण को रोकने या टालने के लिए किसी साधन का उपयोग किया या किसी भी तरह से कोशिश की? Have you ever used anything or tried in any way to delay or avoid getting pregnant?	YES 1 NO 2	→ 321
320	C ENTER '0' IN COLUMN 1 OF CALENDAR IN EACH BLANK MONTH.		→ 355
321	आपने क्या उपयोग किया या अपनाया? What have you used or done? RECORD ALL MENTIONED. CORRECT 317 (IF NECESSARY).	FEMALE STERILIZATION A MALE STERILIZATION B IUD/PPIUD C INJECTABLES D PILL E CONDOM/NIRODH F FEMALE CONDOM G EMERGENCY CONTRACEPTION H DIAPHRAGM I FOAM/JELLY J STANDARD DAYS METHOD K LACTATIONAL AMEN. METHOD L RHYTHM METHOD M WITHDRAWAL N OTHER MODERN METHOD X OTHER TRADITIONAL METHOD Y	
322	CHECK 321: EVER USED EMERGENCY CONTRACEPTION CODE 'H' CIRCLED <input type="checkbox"/> CODE 'H' NOT CIRCLED <input type="checkbox"/>		→ 325
323	पिछले 12 महीनों में, आपने कितनी बार आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियाँ का प्रयोग किया? In the last 12 months, how many times have you used emergency contraception?	NONE 00 NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	→ 325
324	आपने आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियाँ कहाँ से प्राप्त की? किसी अन्य जगह से? Where did you get the emergency contraception? Anywhere else? RECORD ALL MENTIONED.	PUBLIC HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL A AYUSH AYURVEDA B YOGA AND NATUROPATHY C UNANI D SIDDHA E HOMEOPATHY F SOWA RIGPA (TTM) G OTHER H (SPECIFY) GOVT. DISPENSARY I UHC/UHP/UFWC J CHC/RURAL HOSPITAL/BLOCK PHC K PHC/ADDITIONAL PHC L SUB-CENTRE/ANM M GOVT. MOBILE CLINIC N ANGANWADI/ICDS CENTRE O ASHA P OTHER COMMUNITY-BASED WORKER Q OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR R NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC S PRIVATE HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL T PVT. DOCTOR/CLINIC U PVT. MOBILE CLINIC V AYUSH AYURVEDA W YOGA AND NATUROPATHY X UNANI Y SIDDHA Z HOMEOPATHY AA SOWA RIGPA (TTM) AB OTHER AC (SPECIFY) TRADITIONAL HEALER AD PHARMACY/DRUGSTORE AE DAI (TBA) AF OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AG OTHER SOURCE SHOP BA FRIEND/RELATIVE BB OTHER BX (SPECIFY)	

325	CHECK 208: ONE OR MORE BIRTHS <input type="checkbox"/> NO BIRTHS <input type="checkbox"/> → 327	
326	अब मैं आपसे उस समय के बारे में पूछना चाहूँगी जब आपने पहली बार गर्भधारण टालने के लिए कुछ किया या किसी तरीके का उपयोग किया था। उस समय क्या आपके कोई जीवित बच्चे थे यदि हाँ तो कितने? Now I would like to ask you about the first time that you did something or used a method to avoid getting pregnant. How many living children did you have at that time, if any? IF NONE, RECORD '00'.	NUMBER OF CHILDREN <input type="text"/> <input type="text"/>
327	CHECK 321: RESPONDENT STERILIZED? CODE 'A' NOT RECORDED <input type="checkbox"/> CODE 'A' RECORDED <input type="checkbox"/> → 330A	
327A	CHECK 250 AND 253: HAS HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/> → 346 HAS NOT HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/>	
328	CHECK 226: NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/> PREGNANT <input type="checkbox"/> → 346	
329	क्या आप इस समय गर्भधारण टालने या रोकने के लिए कुछ कर रही हैं या किसी तरीके का उपयोग कर रही हैं? Are you currently doing something or using any method to delay or avoid getting pregnant?	YES 1 NO 2 → 346
330	आप कौन-से तरीके का उपयोग कर रही हैं? Which method are you using? RECORD ALL MENTIONED. IF MORE THAN ONE METHOD MENTIONED, FOLLOW SKIP INSTRUCTION FOR HIGHEST METHOD ON LIST. CORRECT 317 (IF NECESSARY).	FEMALE STERILIZATION A MALE STERILIZATION B IUD/PPIUD C INJECTABLES D PILL E CONDOM/NIRODH F FEMALE CONDOM G EMERGENCY CONTRACEPTION H DIAPHRAGM I FOAM/JELLY J STANDARD DAYS METHOD K LACTATIONAL AMEN. METHOD L RHYTHM METHOD M WITHDRAWAL N OTHER MODERN METHOD X OTHER TRADITIONAL METHOD Y
330A	RECORD 'A' FOR FEMALE STERILIZATION.	→ 331 → 339 → 343A

331	<p>नसबंदी कहाँ पर हुई थी? In what facility did the sterilization take place?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>PUBLIC HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL 11</p> <p>GOVT. DISPENSARY 12</p> <p>UHC/UHP/UFWC 13</p> <p>CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC 14</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC 15</p> <p>SUB-CENTRE 16</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC 17</p> <p>CAMP 18</p> <p>OTHER PUBLIC SECTOR HEALTH FACILITY 19</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... 21</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL 31</p> <p>PVT. DOCTOR/CLINIC 32</p> <p>PVT. MOBILE CLINIC 33</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH FACILITY 34</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW 98</p>
332	<p>CHECK 330/330A: RESPONDENT STERILIZED?</p> <p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> CODE 'A' <input type="checkbox"/></p> <p>RECORDED NOT RECORDED</p> <p>→ 339</p>	
333	<p>आपके नसबंदी ऑपरेशन के पहले क्या आपको स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा यह बताया गया था कि इस ऑपरेशन के कारण आपको कोई (और) बच्चा नहीं हो पाएगा? Before your sterilization operation, were you told by a healthcare provider that you would not be able to have any (more) children because of the operation?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>
334	<p>ऑपरेशन के दौरान और उसके तुरंत बाद, आप को मिली देखभाल को आप किस श्रेणी में रखना चाहेंगी: बहुत अच्छी, ठीक-ठाक, इतनी अच्छी नहीं या खराब? How would you rate the care you received during and immediately after the operation: very good, all right, not so good, or bad?</p>	<p>VERY GOOD 1</p> <p>ALL RIGHT 2</p> <p>NOT SO GOOD 3</p> <p>BAD 4</p>
335	<p>कोई परामर्श जो आपने लिया हो उसको शामिल करते हुए नसबंदी के लिए आपने कुल कितना खर्च किया था? How much did you pay in total for the sterilization, including any consultation you may have had?</p>	<p>AMOUNT Rs. <input type="text"/></p> <p>FREE 99995</p> <p>DON'T KNOW 99998</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
336	क्या आपको नसबंदी के लिए कोई अनुपूरक राशि प्राप्त हुई? Did you receive any compensation for the sterilization?	YES 1 NO 2	→ 338
337	आपको कितनी अनुपूरक राशि प्राप्त हुई? How much compensation did you receive?	AMOUNT Rs. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 9998	
338	क्या आपको इस बात का अफसोस है कि आपने नसबंदी करा ली? Do you regret that you had the sterilization?	YES 1 NO 2	→ 343
339	CHECK 217 AND 330 ANY CHILD BELOW 3 YEARS AND USING IUD/PPIUD <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		→ 343A
340	क्या आपको आइयूडी/पीपीआईयूडी (IUD/PPIUD) इस्तेमाल करने के लिए अनुपूरक राशि मिला था? Did you receive compensation for use of the IUD/PPIUD?	YES 1 NO 2	→ 343A
341	आपको कितना अनुपूरक राशि मिला था? How much compensation did you receive?	AMOUNT Rs. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 9998	
342	क्या प्रसव के 48 घंटे के भीतर आपको आइयूडी/पीपीआईयूडी लगा दी गई थी? Was your IUD/PPIUD inserted within 48 hours following childbirth?	YES 1 NO 2	
343	नसबंदी कौन-से महीने और साल में कराई गई थी? In what month and year was the sterilization performed?		
343A	आपने (CURRENT METHOD) का इस्तेमाल लगातार कौन-से महीने और साल से शुरू किया? PROBE: इस समय आप (CURRENT METHOD) का इस्तेमाल बिना बंद किए हुए, कितने समय से कर रही हैं? Since what month and year have you been using (CURRENT METHOD) without stopping? PROBE: For how long have you been using (CURRENT METHOD) now without stopping?	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
344	CHECK 343/343A, 215 AND 232: ANY BIRTH OR PREGNANCY TERMINATION AFTER MONTH AND YEAR OF START OF USE OF CONTRACEPTION IN 343/343A? FOR METHODS OTHER THAN STERILIZATION: GO BACK TO 343A, PROBE AND RECORD MONTH AND YEAR AT START OF CONTINUOUS USE OF CURRENT METHOD (MUST BE AFTER LAST BIRTH OR PREGNANCY TERMINATION). FOR FEMALE STERILIZATION: CORRECT 343 OR 330 (IF NECESSARY). FOLLOW CORRECT SKIP PATTERN.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

345	<p>CHECK 343/343A:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>YEAR IS 2014-19 <input type="checkbox"/></p> <p>C ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN COLUMN 1 OF CALENDAR AND IN EACH MONTH BACK TO DATE STARTED USING.</p> <p>↓</p> <p>THEN CONTINUE WITH 346.</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>YEAR IS 2013 OR EARLIER <input type="checkbox"/></p> <p>C ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN COLUMN 1 OF CALENDAR AND EACH MONTH BACK TO JANUARY 2014.</p> <p>↓</p> <p>THEN SKIP TO → 353</p> </div> </div>																																																				
346	<p>मैं आपसे पिछले कुछ वर्षों के दौरान आप या आपके पति द्वारा गर्भधारण को टालने के लिए इस्तेमाल की गई विधि के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी।</p> <p>I would like to ask you some questions about the times you or your husband may have used a method to avoid getting pregnant during the last few years.</p> <p>USE CALENDAR TO PROBE FOR EARLIER PERIODS OF USE AND NONUSE, STARTING WITH MOST RECENT USE, BACK TO JANUARY 2014.</p> <p>USE NAMES OF CHILDREN, DATES OF BIRTH, AND PERIODS OF PREGNANCY AS REFERENCE POINTS.</p> <p>C IN COLUMN 1, ENTER METHOD USE CODE OR '0' FOR NONUSE IN EACH BLANK MONTH.</p> <p>ILLUSTRATIVE QUESTIONS:</p> <p>COLUMN 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> आखिरी बार आपने विधि का इस्तेमाल कब किया था? वह कौन-सी विधि थी? When was the last time you used a method? Which method was that? इस विधि का इस्तेमाल करना कब शुरू किया था? (NAME) के जन्म के कितने समय बाद? When did you start using that method? How long after the birth of (NAME)? उस समय आपने कितने समय तक विधि का इस्तेमाल किया था? How long did you use the method then? <p>C IN COLUMN 3, ENTER CODES FOR DISCONTINUATION IN THE SAME ROW AS THE LAST MONTH OF USE. NUMBER OF CODES IN COLUMN 3 MUST BE SAME AS NUMBER OF INTERRUPTIONS OF METHOD USE IN COLUMN 1.</p> <p>ASK WHY SHE STOPPED USING THE METHOD. IF A PREGNANCY FOLLOWED, ASK WHETHER SHE BECAME PREGNANT UNINTENTIONALLY WHILE USING THE METHOD OR DELIBERATELY STOPPED TO GET PREGNANT.</p> <p>ILLUSTRATIVE QUESTIONS:</p> <p>COLUMN 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> आपने (METHOD) का इस्तेमाल क्यों बंद किया? Why did you stop using the (METHOD)? क्या (METHOD) का इस्तेमाल करने के दौरान आप गर्भवती हुई थी, क्या आपने गर्भवती होने के लिए विधि का इस्तेमाल करना बंद कर दिया था या आपने कुछ दूसरे कारणों से इस्तेमाल करना बंद कर दिया था? Did you become pregnant while using (METHOD), or did you stop to get pregnant, or did you stop for some other reason? <p>C IF DELIBERATELY STOPPED TO BECOME PREGNANT, ASK:</p> <ol style="list-style-type: none"> (METHOD) का इस्तेमाल बंद करने के बाद आपको गर्भधारण में कितने महीने लगे? How many months did it take you to get pregnant after you stopped using (METHOD)? <p>AND ENTER '0' IN EACH SUCH MONTH IN COLUMN 1.</p>																																																				
347	<p>CHECK 330/330A:</p> <p>RECORD METHOD CODE:</p> <p>IF MORE THAN ONE METHOD CODE CIRCLED IN 330/330A, CIRCLE CODE FOR HIGHEST METHOD IN LIST.</p>	<table border="0"> <tr><td>NO CODE CIRCLED</td><td>00</td><td>→ 355</td></tr> <tr><td>FEMALE STERILIZATION</td><td>01</td><td></td></tr> <tr><td>MALE STERILIZATION</td><td>02</td><td>→ 359</td></tr> <tr><td>IUD/PPIUD</td><td>03</td><td></td></tr> <tr><td>INJECTABLES</td><td>04</td><td></td></tr> <tr><td>PILL</td><td>05</td><td></td></tr> <tr><td>CONDOM/NIRODH</td><td>06</td><td></td></tr> <tr><td>FEMALE CONDOM</td><td>07</td><td></td></tr> <tr><td>EMERGENCY CONTRACEPTION</td><td>08</td><td>→ 351</td></tr> <tr><td>DIAPHRAGM</td><td>09</td><td></td></tr> <tr><td>FOAM/JELLY</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>STANDARD DAYS METHOD</td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD</td><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>RHYTHM METHOD</td><td>13</td><td>→ 359</td></tr> <tr><td>WITHDRAWAL</td><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>OTHER MODERN METHOD</td><td>15</td><td></td></tr> <tr><td>OTHER TRADITIONAL METHOD</td><td>16</td><td></td></tr> </table>	NO CODE CIRCLED	00	→ 355	FEMALE STERILIZATION	01		MALE STERILIZATION	02	→ 359	IUD/PPIUD	03		INJECTABLES	04		PILL	05		CONDOM/NIRODH	06		FEMALE CONDOM	07		EMERGENCY CONTRACEPTION	08	→ 351	DIAPHRAGM	09		FOAM/JELLY	10		STANDARD DAYS METHOD	11		LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD	12		RHYTHM METHOD	13	→ 359	WITHDRAWAL	14		OTHER MODERN METHOD	15		OTHER TRADITIONAL METHOD	16	
NO CODE CIRCLED	00	→ 355																																																			
FEMALE STERILIZATION	01																																																				
MALE STERILIZATION	02	→ 359																																																			
IUD/PPIUD	03																																																				
INJECTABLES	04																																																				
PILL	05																																																				
CONDOM/NIRODH	06																																																				
FEMALE CONDOM	07																																																				
EMERGENCY CONTRACEPTION	08	→ 351																																																			
DIAPHRAGM	09																																																				
FOAM/JELLY	10																																																				
STANDARD DAYS METHOD	11																																																				
LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD	12																																																				
RHYTHM METHOD	13	→ 359																																																			
WITHDRAWAL	14																																																				
OTHER MODERN METHOD	15																																																				
OTHER TRADITIONAL METHOD	16																																																				

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

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

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


SECTION 3C. CONTACTS WITH COMMUNITY HEALTH WORKERS

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

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

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

401	<p>CHECK 224:</p> <p>ONE OR MORE BIRTHS <input type="checkbox"/> NO BIRTHS <input type="checkbox"/> → 553</p> <p>IN JANUARY 2014 OR LATER IN JANUARY 2014 OR LATER</p>			
402	<p>ENTER IN THE TABLE BELOW THE LINE NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN JANUARY 2014 OR LATER. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. (IF THERE ARE MORE THAN 3 BIRTHS, USE LAST 2 COLUMNS OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRES).</p> <p>अब मैं आपसे पिछले पांच वर्षों में जन्मे आपके सभी बच्चों के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। (हम प्रत्येक बच्चे के बारे में अलग से बातचीत करेंगे)।</p> <p>Now I would like to ask you some questions about your children born in the last five years. (We will talk about each child separately.)</p>			
403	LINE NUMBER FROM 212	LAST BIRTH LINE NUMBER ... <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH LINE NUMBER ... <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH LINE NUMBER ... <input type="text"/>
404	FROM 212 AND 216	NAME <input type="text"/> LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/>	NAME <input type="text"/> LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/>	NAME <input type="text"/> LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/>
405	<p>आप (NAME) के समय जब गर्भवती हुई, क्या उस समय आप गर्भवती होना चाहती थीं?</p> <p>When you got pregnant with (NAME), did you want to get pregnant at that time?</p>	<p>YES 1</p> <p>(SKIP TO 408) ←</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1</p> <p>(SKIP TO 444) ←</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1</p> <p>(SKIP TO 444) ←</p> <p>NO 2</p>
406	<p>CHECK 208:</p> <p>ONLY <input type="checkbox"/> MORE <input type="checkbox"/></p> <p>ONE BIRTH THAN ONE BIRTH</p> <p>a. क्या आप बच्चा वाद में चाहती थीं या कोई बच्चा नहीं चाहती थीं?</p> <p>b. क्या आप बच्चा वाद में चाहती थीं या कोई और बच्चा नहीं चाहती थीं?</p> <p>Did you want to have a baby later on, or did you not want any children?</p>	<p>LATER 1</p> <p>NO MORE 2</p> <p>(SKIP TO 408) ←</p>	<p>LATER 1</p> <p>NO MORE 2</p> <p>(SKIP TO 444) ←</p>	<p>LATER 1</p> <p>NO MORE 2</p> <p>(SKIP TO 444) ←</p>
407	<p>आप और कितने समय तक इंतजार करना चाहती थीं?</p> <p>How much longer did you want to wait?</p>	<p>MONTHS ... 1 <input type="text"/></p> <p>YEARS ... 2 <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ... 998</p>	<p>MONTHS ... 1 <input type="text"/></p> <p>YEARS ... 2 <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ... 998</p>	<p>MONTHS ... 1 <input type="text"/></p> <p>YEARS ... 2 <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ... 998</p>
408	<p>जब आपको गर्भधारण का पता चला, उस समय आप कितने महीनों की गर्भवती थीं?</p> <p>How many months pregnant were you when you came to know about the pregnancy?</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/></p> <p>DON'T REMEMBER ... 98</p>		
409	<p>क्या आपने गर्भधारण को सुनिश्चित करने के लिए किसी गर्भधारण जाँच किट का प्रयोग किया?</p> <p>Did you use a pregnancy testing kit to confirm this pregnancy?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>		
410	<p>क्या इस गर्भावस्था का पंजीकरण हुआ था?</p> <p>Was this pregnancy registered?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 414) ←</p>		
411	<p>गर्भावस्था के किस महीने में आपने पंजीकरण करवाया?</p> <p>How many months pregnant were you when you registered?</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/></p> <p>DON'T REMEMBER ... 98</p>		
412	<p>आपने पंजीकरण किससे करवाया?</p> <p>With whom did you register?</p>	<p>ANM 1</p> <p>ASHA 2</p> <p>AWW 3</p> <p>OTHER 6</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
413	क या पंजीकरण के पश्चात् आपने मातृ व एड बाल सुरक्षा कार्ड प्राप्त किया? Did you receive a Mother and Child Protection Card after registration?	YES 1 NO 2		
414	इस गर्भावस्था के दौरान क या आपने किसी से प्रसवपूर्व देखभाल करवायी? Did you see anyone for antenatal care for this pregnancy?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 423) 		
415	आपने किससे जाँच करवायी? कोई अन्य? Whom did you see? Anyone else? PROBE TO IDENTIFY EACH TYPE OF PERSON. RECORD ALL MENTIONED.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A ANM/NURSE/MID- WIFE/LHV B OTHER HEALTH PERSONNEL DAI/TRADITIONAL BIRTH ATTEN- DANT C COMMUNITY/ VILLAGE HEALTH WORKER D ANGANWADI/ICDS WORKER E ASHA F OTHER X (SPECIFY)		
416	इस गर्भावस्था के लिए आपको प्रसवपूर्व देखभाल कहाँ पर मिली? कोई अन्य स्थान? Where did you receive antenatal care for this pregnancy? Any other place? RECORD ALL PLACES MENTIONED. IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S). (NAME OF FACILITY/PLACE(S))	HOME YOUR HOME A PARENTS' HOME B OTHER HOME C PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. D HOSPITAL E GOVT. DISP. F UHC/UHP/UFWC F CHC/RUR. HOSP./ BLOCK PHC G PHC/ADD. PHC H SUB-CENTRE I ANGANWADI/ICDS CENTRE J VILLAGE CLINIC BY ANM K OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY L NGO/TRUST HOSP./ CLINIC M PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC N OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY O OTHER X (SPECIFY)		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
417	<p>इस गर्भावस्था के लिए जब आपको पहली बार प्रसवपूर्व देखभाल मिली, तब आप कितने महीने से गर्भवती थीं?</p> <p>How many months pregnant were you when you first received antenatal care for this pregnancy?</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>		
418	<p>इस गर्भावस्था के दौरान आपको कितनी बार प्रसवपूर्व देखभाल मिली?</p> <p>How many times did you receive antenatal care during this pregnancy?</p>	<p>NUM. OF TIMES ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>		
419	<p>इस गर्भावस्था के दौरान आपकी प्रसवपूर्व देखभाल के समय, क्या इनमें से कोई भी कम से कम एक बार किया गया था?</p> <p>As part of your antenatal care during this pregnancy, were any of the following done at least once?</p> <p>a. क्या आपका वजन लिया गया था? Were you weighed?</p> <p>b. क्या आपका बी पी / रक्तचाप नापा गया था? Was your blood pressure measured?</p> <p>c. क्या आपने पेशाब का नमूना दिया था? Did you give a urine sample?</p> <p>d. क्या आपने रक्त का नमूना लिया गया था? Was a sample of your blood taken for testing?</p> <p>e. क्या आपका पेट के निचले हिस्से की जाँच की गयी? Was your abdomen examined?</p>	<p>YES NO</p> <p>WEIGHED ... 1 2</p> <p>BP 1 2</p> <p>URINE 1 2</p> <p>BLOOD 1 2</p> <p>ABDOMEN . 1 2</p>		
420	<p>आपकी (किसी भी) प्रसवपूर्व देखभाल के दौरान, क्या आपको गर्भावस्था की जटिलता के इन लक्षणों के बारे में बताया गया था?</p> <p>During (any of) your antenatal care visit(s), were you told about the following signs of pregnancy complications?</p> <p>a. योनि से खून आना? Vaginal bleeding?</p> <p>b. ऐंठन? Convulsions?</p> <p>c. लम्बी अवधि की प्रसव पीड़ा? Prolonged labour?</p> <p>d. तीव्र (उ या द) पेट दर्द? Severe abdominal pain?</p> <p>e. उच्च बी पी/ रक्तचाप? High blood pressure?</p>	<p>YES NO</p> <p>BLEEDING ... 1 2</p> <p>CONVULSIONS . 1 2</p> <p>PROLONGED LABOUR ... 1 2</p> <p>ABDOMINAL PAIN 1 2</p> <p>HIGH BLOOD PRESSURE . 1 2</p>		
421	<p>क्या आपको यह बताया गया था कि गर्भावस्था की जटिलता की स्थिति में आपको कहाँ जाना है?</p> <p>Were you told where to go if you had any pregnancy complications?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
422	<p>क्या (NAME) के पिता आपकी (किन्ती भी) प्रसवपूर्व देखभाल के दौरान मौजूद थे?</p> <p>Was (NAME's) father present during (any of) your antenatal visits?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>		
423	<p>इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको आपकी बांह में एक टीका [इंजेक्शन] लगाया था जो बच्चे को जन्म के बाद टेटनस यानि ऐंठन से बचाने के लिए होता है?</p> <p>During this pregnancy, were you given an injection in the arm to prevent the baby from getting tetanus, that is, convulsions after birth?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 426) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>		
424	<p>इस गर्भावस्था के दौरान आपको कितनी बार टेटनस का टीका [इंजेक्शन] लगाया गया था?</p> <p>During this pregnancy, how many times did you get a tetanus injection?</p> <p>IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.</p>	<p>TIMES <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 8</p>		
425	CHECK 424:	<p>2 OR MORE TIMES <input type="text"/> OTHER <input type="text"/></p> <p>(SKIP TO 429)</p>		
426	<p>इस गर्भावस्था के पहले किन्ती समय, क्या आपको कोई टेटनस का टीका [इंजेक्शन] लगाया गया था?</p> <p>At any time before this pregnancy, did you receive any tetanus injections?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 429) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>		
427	<p>इस गर्भावस्था के पूर्व आपको टेटनस का टीका कितनी बार लगवाया गया?</p> <p>Before this pregnancy, how many times did you receive a tetanus injection?</p> <p>IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.</p>	<p>TIMES <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 8</p>		
428	<p>इस गर्भावस्था के कितने वर्ष पहले आपको आखिरी टेटनस का टीका [इंजेक्शन] लगाया गया था?</p> <p>How many years ago did you receive the last tetanus injection before this pregnancy?</p>	<p>YEARS AGO <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
429	<p>इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको आयरन फोलिक एसिड गोलिएँ या सीरप दी गई थीं या आपने खरीदी थीं?</p> <p>During this pregnancy, were you given or did you buy any iron folic acid tablets or syrup?</p> <p>SHOW TABLETS/SYRUP.</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 431) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>		
430	<p>पूरी गर्भावस्था के दौरान, आपने कितने दिनों तक गोलिएँ या सीरप ली थीं?</p> <p>During the whole pregnancy, for how many days did you take the tablets or syrup?</p> <p>IF ANSWER IS NOT NUMERIC, PROBE FOR APPROXIMATE NUMBER OF DAYS.</p>	<p>NUM. OF DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ... 998</p>		
431	<p>इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपने अपनी आंत/पेट के कीड़ों के लिए कोई दवा ली थी?</p> <p>During this pregnancy, did you take any drug for intestinal worms?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
432	इस गर्भावस्था के दौरान क्या आपने मच्छरदानी का नियमित रूप सेकभी-कभी या कभी नहीं इस्तेमाल किया था? During this pregnancy, did you use a mosquito net regularly, sometimes or never?	REGULARLY 1 SOMETIMES 2 NEVER 3		
433	इस गर्भावस्था के दौरान क्या आपको दिन के उजाले में देखने में कोई परेशानी हुई? During this pregnancy, did you have difficulty with your vision during daylight?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8		
434	इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको एंठन हुई थी जो बुखार से संबंधित नहीं थी? During this pregnancy, did you have convulsions not from fever?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8		
435	इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपके पैर, शरीर या चेहरे पर सूजन आई थी? During this pregnancy, did you have swelling of the legs, body or face?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8		
436	इस गर्भावस्था के दौरान क्या आपको आंगनवाड़ी केन्द्र से कोई अनुपूरक आहार मिला था? Did you receive any supplementary nutrition from the anganwadi centre during this pregnancy?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 438) ←		
437	इस गर्भावस्था के दौरान, क्या आपको आंगनवाड़ी केन्द्र से अनुपूरक आहार हमेशा मिल जाता था? During this pregnancy, were you always able to get the supplementary nutrition from the anganwadi centre?	YES, ALWAYS 1 NO 2		
438	इस गर्भावस्था के आखिरी तीन महीनों में क्या आपकी किसी ए एन एम, एल एच वी, आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता या किसी अन्य सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता से मुलाकात हुई? During the last three months of this pregnancy, did you meet with an ANM, Lady Health Visitor, ASHA, anganwadi worker, or other community health worker?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 441) ←		
439	इन (लोगों) से, आप कहाँ पर मिली? Where did you meet this/these person(s)?	HOME ONLY 1 ELSEWHERE ONLY 2 BOTH HOME AND ELSEWHERE 3		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
440	<p>इस गर्भावस्था के अंतिम तीन महीनों के दौरान किसी भी मुलाकात के समय आपको क्या इन विषयों पर कम से कम एक बार सलाह मिली थी?</p> <p>During any of these meetings in the last three months of this pregnancy, did you receive advice on the following at least once?</p> <p>YES NO</p> <p>a. संर थागत प्रसव की महत्त्व? The importance of institutional delivery? INSTITUTIONAL DELIVERY . 1 2</p> <p>b. ताल की देखभाल? Cord care? CORD CARE . 1 2</p> <p>c. स्तनपान? Breastfeeding? BREASTFEED . 1 2</p> <p>d. शिशु को गरम रखना? Keeping the baby warm? BABY WARM . 1 2</p> <p>e. परिवार नियोजन या एक और गर्भधारण को टालना या रोकना? Family planning or delaying or avoiding another pregnancy? FAMILY PLANNING . 1 2</p>			
441	<p>प्रसव के दौरान, क्या बच्चा पैर की तरफ से बाहर आया?</p> <p>During delivery, did you experience a breech presentation?</p> <p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>			
442	<p>प्रसव के दौरान, क्या आपने लम्बी प्रसव पीड़ा का अनुभव किया?</p> <p>During delivery, did you experience prolonged labour?</p> <p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>			
443	<p>प्रसव के दौरान, क्या आपको अत्यधिक रक्तस्राव का अनुभव हुआ था?</p> <p>During delivery, did you experience excessive bleeding?</p> <p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>			
444	<p>जब (NAME) का जन्म हुआ तो वह कैसा/कैसी था/थी: बहुत बड़ा/बड़ी, सामान्य से बड़ा/बड़ी, सामान्य, सामान्य से छोटा/छोटी या बहुत छोटा/छोटी?</p> <p>When (NAME) was born, was (he/she) very large, larger than average, average, smaller than average, or very small?</p> <p>VERY LARGE 1 LARGER THAN AVERAGE 2 AVERAGE 3 SMALLER THAN AVERAGE 4 VERY SMALL 5 DON'T KNOW 8</p>	<p>VERY LARGE 1 LARGER THAN AVERAGE 2 AVERAGE 3 SMALLER THAN AVERAGE 4 VERY SMALL 5 DON'T KNOW 8</p>	<p>VERY LARGE 1 LARGER THAN AVERAGE 2 AVERAGE 3 SMALLER THAN AVERAGE 4 VERY SMALL 5 DON'T KNOW 8</p>	<p>VERY LARGE 1 LARGER THAN AVERAGE 2 AVERAGE 3 SMALLER THAN AVERAGE 4 VERY SMALL 5 DON'T KNOW 8</p>
445	<p>क्या (NAME) के जन्म के समय उसका वजन लिया गया था?</p> <p>Was (NAME) weighed at birth?</p> <p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 447) ← DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 447) ← DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 447) ← DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 447) ← DON'T KNOW 8</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
446	(NAME) का वजन कितना था? How much did (NAME) weigh? RECORD WEIGHT IN KILOGRAMS FROM HEALTH CARD, IF AVAILABLE.	KG FROM CARD 1 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG FROM RECALL 2 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW . 99998	KG FROM CARD 1 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG FROM RECALL 2 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW . 99998	KG FROM CARD 1 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG FROM RECALL 2 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW . 99998
447	(NAME) के प्रसव के समय किसने आपकी सहायता की थी? कोई और? Who assisted with the delivery of (NAME)? Anyone else? PROBE FOR THE TYPE OF PERSON. RECORD ALL PERSONS ASSISTING. IF RESPONDENT SAYS NO ONE ASSISTED, PROBE TO DETERMINE WHETHER ANY ADULTS WERE PRESENT DURING THE DELIVERY.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV . B OTHER HEALTH PERSONNEL . C OTHER PERSON DAI (TBA) D FRIEND/RELATIVE . E OTHER _____ X (SPECIFY) NO ONE Y	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV . B OTHER HEALTH PERSONNEL . C OTHER PERSON DAI (TBA) D FRIEND/RELATIVE . E OTHER _____ X (SPECIFY) NO ONE Y	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV . B OTHER HEALTH PERSONNEL . C OTHER PERSON DAI (TBA) D FRIEND/RELATIVE . E OTHER _____ X (SPECIFY) NO ONE Y
448	(NAME) का जन्म कहाँ हुआ था? Where did you give birth to (NAME)? IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF FACILITY/PLACE)	HOME YOUR HOME 11 (SKIP TO 464) ← PARENTS' HOME . 12 OTHER HOME 13 (SKIP TO 464) ← PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21 GOVT. DISP. 22 UHC/UHP/UFWC . 23 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC 24 PHC/ADD. PHC 25 SUB-CENTRE 26 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 27 NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31 PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC . 41 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42 OTHER _____ 96 (SPECIFY) (SKIP TO 464) ←	HOME YOUR HOME 11 (SKIP TO 464) ← PARENTS' HOME . 12 OTHER HOME 13 (SKIP TO 464) ← PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21 GOVT. DISP. 22 UHC/UHP/UFWC . 23 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC 24 PHC/ADD. PHC 25 SUB-CENTRE 26 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 27 NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31 PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC . 41 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42 OTHER _____ 96 (SPECIFY) (SKIP TO 464) ←	HOME YOUR HOME 11 (SKIP TO 464) ← PARENTS' HOME . 12 OTHER HOME 13 (SKIP TO 464) ← PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21 GOVT. DISP. 22 UHC/UHP/UFWC . 23 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC 24 PHC/ADD. PHC 25 SUB-CENTRE 26 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 27 NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31 PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC . 41 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42 OTHER _____ 96 (SPECIFY) (SKIP TO 464) ←
449	प्रसव हेतु स्वास्थ्य केन्द्र जाने के लिए आपने यातायात के कौन से मुख्य साधन का इस्तेमाल किया था? What was the main mode of transportation used by you to reach the health facility for delivery?	GOVERNMENT AMBULANCE 01 OTHER AMBULANCE 02 JEEP/CAR 03 MOTORCYCLE/ SCOOTER 04 BUS/TRAIN 05 TEMPO/AUTO/ TRACTOR 06 CART 07 ON FOOT 08 (SKIP TO 452) ← OTHER _____ 96 SPECIFY		
450	प्रसव हेतु स्वास्थ्य केन्द्र जाने के लिए यातायात की व्यवस्था किसने की थी? Who arranged the transportation to take you to the health facility for delivery? RECORD ALL MENTIONED.	DOCTOR A ANM B HEALTH WORKER . C ANGANWADI WORKER D ASHA E PRI MEMBER F NGO G CBO H HUSBAND I MOTHER-IN-LAW . J MOTHER K RELATIVES/FRIENDS L SELF M OTHER _____ X SPECIFY		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
451	<p>आपने यातायात के लिए अपनी जेब से कितना खर्च किया?</p> <p>How much did it cost you out of your pocket for transportation?</p> <p>IF NO MONEY PAID, RECORD '00000'</p>	<p>COST . . Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . . . 99998</p>		
452	<p>प्रसव के लिए, आपकी जेब से निम्नलिखित पर कितना खर्च आया?</p> <p>How much did it cost you out of your pocket during delivery on:</p> <p>IF NO MONEY PAID, RECORD '00000'</p> <p>a. अस्पताल में रहने का? Hospital stay?</p> <p>b. जांच का? Tests done?</p> <p>c. दवाई का? Medicines?</p> <p>d. अन्य खर्च? Other costs?</p>	<p>a. Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . 99998</p> <p>b. Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . 99998</p> <p>c. Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . 99998</p> <p>d. Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . 99998</p>		
453	CHECK 452 a-d:	<p>ALL ARE '00000' OR '99998' <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>GO TO 455</p>		
454	<p>आपने अपनी जेब से इस प्रसव के लिए कुल मिलाकर कितना खर्च किया?</p> <p>How much in total did it cost you out of your pocket for this delivery?</p> <p>IF NO MONEY PAID, RECORD '00000'</p>	<p>COST . Rs. <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW . . . 99998</p>		
455	CHECK 451, 452 a-d, AND 454:	<p>ALL ARE '00000' OR '99998' OR BLANK <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>GO TO 457</p>		
456	<p>आपने अपनी जेब से खर्च किये गए पैसे की व्यवस्था कहाँ से की?</p> <p>How was the out of pocket cost met?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>BANK ACCOUNT/ SAVINGS A</p> <p>BORROWED FROM FRIENDS/RELATIVES B</p> <p>SELLING PROPERTY C</p> <p>SELLING JEWELLERY D</p> <p>INSURANCE E</p> <p>OTHER _____ X</p> <p>(SPECIFY)</p>		
457	<p>प्रसव की देखभाल के लिए क्या आपको कोई आर्थिक सहायता मिली?</p> <p>Did you receive any financial assistance for delivery care?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 461) ←</p>		
458	<p>आपको कहाँ से आर्थिक सहायता प्राप्त हुई?</p> <p>From where did you get assistance?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>JANANI SURAKSHA YOJANA (JSY) A</p> <p>OTHER GOVT. SCHEMES B</p> <p>OTHER _____ X</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>(SKIP TO 461) ←</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
459	प्रसव के कितने दिनों बाद, JSY के तहत आपकी आर्थिक सहायता प्राप्त हुई? How many days after delivery did you receive the financial assistance under JSY? IF THE SAME DAY, RECORD '00'. IF 95 DAYS OR MORE, RECORD '95'.	NAME _____ DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 98		
460	आपको कुल कितनी धनराशि प्राप्त हुई? What was the total amount that you received?	Rs. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ... 999998		
461	(NAME) के जन्म के बाद कितने समय तक आप स्वास्थ्य सुविधा में रही? How long after (NAME) was delivered did you stay in the health facility? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> WEEKS ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 998		
462	क्या (NAME) का जन्म सीजेरियन ऑपरेशन से हुआ था, यानी क्या पेट का ऑपरेशन करके बच्चा निकाला गया था? Was (NAME) delivered by caesarean section, that is, did they cut your belly open to take the baby out?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 464) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 464) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 464) ←
463	यह निर्णय कब लिया गया कि आपका सीजेरियन ऑपरेशन होगा? क्या प्रसव पीड़ा शुरू होने से पहले या प्रसव पीड़ा शुरू होने के बाद? When was the decision made for you to have a C-section? Was it before the onset of labour or after the onset of labour?	BEFORE ONSET OF LABOUR 1 AFTER ONSET OF LABOUR 2 DON'T KNOW 8	BEFORE ONSET OF LABOUR 1 AFTER ONSET OF LABOUR 2 DON'T KNOW 8	BEFORE ONSET OF LABOUR 1 AFTER ONSET OF LABOUR 2 DON'T KNOW 8
464	जन्म के तुरंत बाद, क्या आपने (NAME) को सीने से लगाया था? Immediately after the birth, was (NAME) put on your chest?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 466) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 484) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 484) ← DON'T KNOW 8
465	क्या (NAME) की बहारी त्वचा आपकी बहारी त्वचा को छू रही थी? Was (NAME)'s bare skin touching your bare skin?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
466	CHECK 448: PLACE OF DELIVERY	11, 12, 13, OR 96 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 482)		
467	मैं आपके प्रसव के बाद आपके स्वास्थ्य की जांच के बारे में पूछना चाहूंगी, जैसे कि किसी ने आपके स्वास्थ्य के बारे में सवाल पूछे या आपकी जांच कि। जब आप स्वास्थ्य सुविधा/केन्द्र में थीं तब क्या किसी ने आपके स्वास्थ्य की जांच की थी? I would like to talk to you about checks on your health after delivery, for example, someone asking you questions about your health or examining you. Did anyone check on your health while you were still in the facility?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 470) ←		
468	प्रसव के कितने समय के बाद आपकी पहली जांच हुई थी? How long after delivery did the first check take place? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> WEEKS . 3 <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ... 998		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
469	<p>उस समय आपके स्वास्थ्य की जाँच किसने की थी?</p> <p>Who checked on your health at that time?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON</p> <p>ASHA 21</p> <p>DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER _____ 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
470	<p>अब मैं प्रसव के बाद (NAME) के स्वास्थ्य पर जाँच के बारे में आपसे बात करना चाहती हूँ, उदाहरण के लिए, कोई (NAME) का/की जाँच कर रहा है, गर्भनाल की जाँच, या देखने के लिए कि (NAME) ठीक है या नहीं।</p> <p>जब आप स्वास्थ्य सुविधा में थी तो किसी ने भी (NAME) की स्वास्थ्य सुविधा पर जाँच की?</p> <p>Now I would like to talk to you about checks on (NAME's) health after delivery, for example, someone examining (NAME), checking the cord, or seeing if (NAME) is okay.</p> <p>Did anyone check on (NAME's) health while you were still in the facility?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 473) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>		
471	<p>प्रसव के बाद (NAME) के स्वास्थ्य की पहली जाँच कब हुई?</p> <p>How long after delivery was (NAME's) health first checked?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS.</p> <p>IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS . 1</p> <p>DAYS . 2</p> <p>WEEKS . 3</p> <p>DON'T KNOW ... 998</p>		
472	<p>उस समय (NAME) के स्वास्थ्य की जाँच किसने की थी?</p> <p>Who checked on (NAME's) health at that time?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON</p> <p>ASHA 21</p> <p>DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER _____ 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
473	<p>जब आपने स्वास्थ्य सुविधा छोड़ी, उसके बाद क्या किसी ने आपकी स्वास्थ्य की जाँच की?</p> <p>Now I would like to talk to you about what happened after you left the facility. Did any one check on your health after you left the facility?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 477) ←</p>		
474	<p>प्रसव के कितने समय बाद, वह जाँच की गई?</p> <p>How long after delivery did that check take place?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS.</p> <p>IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS ... 1</p> <p>DAYS ... 2</p> <p>WEEKS ... 3</p> <p>DON'T KNOW ... 998</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
475	<p>उस समय आपके स्वास्थ्य की जाँच किसने की?</p> <p>Who checked on your health at that time?</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON</p> <p>ASHA 21</p> <p>DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY) _____</p>		
476	<p>जाँच कहाँ किया गया था?</p> <p>Where did the check take place?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>HOME</p> <p>YOUR HOME 11</p> <p>PARENTS' HOME . 12</p> <p>OTHER HOME 13</p> <p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNIC.</p> <p>HOSPITAL 21</p> <p>GOVT. DISP. 22</p> <p>UHC/UHP/UPWC . 23</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC 24</p> <p>PHC/ADD. PHC 25</p> <p>SUB-CENTRE 26</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 27</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC . 41</p> <p>OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY) _____</p>		
477	<p>अब मैं सुविधा छोड़ने के बाद, (NAME) के स्वास्थ्य के लिए जाँच के बारे में आपसे बात करूँगी।</p> <p>सुविधा छोड़ने के दो महीने बाद किसी भी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या पारंपरिक जन्म परिचर ने (NAME) के स्वास्थ्य पर जाँच की थी?</p> <p>I would like to talk to you about checks on (NAME)'s health after you left the facility.</p> <p>Did any health care provider or a traditional birth attendant check on (NAME)'s health in the two months after you left the facility?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 481) ←</p>		
478	<p>(NAME) के जन्म के बाद कितने घंटे, दिन या सप्ताह बाद यह जाँच हुई?</p> <p>How many hours, days or weeks after the birth of (NAME) did that check take place?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS.</p> <p>IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS ... 1</p> <p>DAYS ... 2</p> <p>WEEKS ... 3</p> <p>DON'T KNOW ... 998</p>		
479	<p>उस समय (NAME) के स्वास्थ्य की जाँच किसने की थी?</p> <p>Who checked on (NAME)'s health at that time?</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON</p> <p>ASHA 21</p> <p>DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY) _____</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
480	<p>(NAME) की यह जांच कहाँ हुई? Where did this check of (NAME) take place? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>HOME YOUR HOME 11 PARENTS' HOME . 12 OTHER HOME 13</p> <p>PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21 GOVT. DISP. . . . 22 UHC/UHP/UFWC . 23 CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC 24 PHC/ADD. PHC . . . 25 SUB-CENTRE 26 OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 27</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC . 41 OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42 OTHER _____ 96 (SPECIFY)</p>		
481	<p>आपको वहाँ से छुट्टी मिलने के बाद, दो महीनों के दौरान, क्या किसी स्वास्थ्य कर्मचारी, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आशा या दाई [TBA] ने आपके स्वास्थ्य की जांच की थी? In the two months after you were discharged, did any health personnel, anganwadi worker, ASHA, or traditional birth attendant [dai] check on your health?</p>	<p>YES 1 (SKIP TO 485) ←</p> <p>NO 2 (SKIP TO 489) ←</p>		
482	<p>आपने अपना प्रसव स्वास्थ्य सुविधा में क्यों नहीं करवाया? PROBE: कोई अन्य कारण?</p> <p>Why didn't you deliver in a health facility? PROBE: Any other reason?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>COSTS TOO MUCH . A FACILITY NOT OPEN . B TOO FAR/ NO TRANSPORTATION . C DON'T TRUST FACILITY/POOR QUALITY SERVICE D NO FEMALE PROVID- ER AT FACILITY . E HUSBAND/FAMILY DID NOT ALLOW . F NOT NECESSARY . G NOT CUSTOMARY . H OTHER _____ X (SPECIFY)</p>		
483	<p>(NAME) के जन्म के समय इनमें से क्या-क्या किया गया था: At the time of delivery of (NAME) were the following done:</p> <p>a. एक ही बार प्रयोग किये जाने वाले प्रसव किट, यानि डी डी के, का उपयोग किया गया था? Was a disposable delivery kit used?</p> <p>b. बच्चे को तुरंत कपड़े से पोछ कर सुखाया गया और नहलाए बिना, उसको लपेटा गया था? Was the baby immediately wiped dry and then wrapped without being bathed?</p> <p>c. नाल काटने के लिए साफ ब्लेड का प्रयोग किया गया था? Was a clean blade used to cut the cord?</p>	<p>YES NO DK</p> <p>DELIVERY KIT USED 1 2 8</p> <p>WIPE AND WRAP . 1 2 8</p> <p>BLADE . . . 1 2 8</p>		
484	<p>(NAME) के जन्म के बाद मैं आपके स्वास्थ्य की जांच के बारे में पूछना चाहूँगी, जैसे कि किसी ने आपके स्वास्थ्य के बारे में सवाल पूछे या आपकी जांच कि। क्या किसी स्वास्थ्य कर्मचारी, आंगनवाड़ी कर्मचारी, आशा या दाई [TBA] ने आपके स्वास्थ्य की जांच की थी?</p> <p>I would like to talk to you about checks on your health after (NAME) was born, for example, someone asking you questions about your health or examining you. Did any health personnel, anganwadi worker, ASHA, or traditional birth attendant [dai] check on your health?</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 489) ←</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
485	<p>प्रसव के कितने घंटे, दिनों या सप्ताह के बाद आपकी पहली जांच हुई थी?</p> <p>How many hours, days or weeks after delivery did the first check take place?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HOURS . 1 <input type="text"/></p> <p>DAYS ... 2 <input type="text"/></p> <p>WEEKS . 3 <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW ... 998</p>		
486	<p>प्रसव के दस दिनों के भीतर कितनी बार जांच की गयी?</p> <p>How many checkups were done in the first 10 days after delivery?</p> <p>IF MORE THAN SEVEN, RECORD '7'. IF NONE, RECORD '0'.</p>	<p>NUMBER OF CHECK UPS ... <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 8</p>		
487	<p>(पहली बार/उस समय) आपके स्वास्थ्य की जांच किसने की थी?</p> <p>Who checked on your health (the first time/at that time)?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV . 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL . 13</p> <p>OTHER PERSON</p> <p>ASHA 21</p> <p>DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
488	<p>यह पहली जांच कहाँ हुई थी?</p> <p>Where did this first check take place?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>HOME</p> <p>YOUR HOME 11</p> <p>PARENTS' HOME . 12</p> <p>OTHER HOME 13</p> <p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21</p> <p>GOVT. DISP. 22</p> <p>UHC/UHP/UFWC . 23</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC . 24</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC 25</p> <p>SUB-CENTRE 26</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE 27</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 28</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC . 41</p> <p>OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
489	<p>अब मैं प्रसव के बाद (NAME) के स्वास्थ्य पर जांच के बारे में आपसे बात करना चाहती हूँ, उदाहरण के लिए, कोई (NAME) का/की जांच कर रहा है, गर्भनाल की जांच, या देखने के लिए कि (NAME) ठीक है या नहीं।</p> <p>(NAME) के जन्म के दो महीनों के अन्दर, क्या किसी स्वास्थ्य कर्मचारी, आशा, या दाई ने उसके/उसकी स्वास्थ्य की जांच की थी?</p> <p>I would like to talk to you about checks on (NAME's) health after delivery, for example, someone examining (NAME), checking the cord, or seeing if (NAME) is ok.</p> <p>In the two months after (NAME) was born, did any health personnel, ASHA or traditional birth attendant check on his/her health?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 493) ←</p> <p>DON'T KNOW 8</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
490	<p>(NAME) के जन्म के कितने घंटे, दिनों या सप्ताह के बाद पहली जांच हुई थी?</p> <p>How many hours, days or weeks after the birth of (NAME) did the first check take place?</p> <p>IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS. IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.</p>	<p>HRS AFTER BIRTH ... 1</p> <p>DAYS AFTER BIRTH ... 2</p> <p>WKS AFTER BIRTH ... 3</p> <p>DON'T KNOW998</p>		
491	<p>उस समय (NAME) के स्वास्थ्य की जांच किसने की थी?</p> <p>Who checked on (NAME)'s health at that time?</p> <p>PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.</p>	<p>HEALTH PERSONNEL</p> <p>DOCTOR 11</p> <p>ANM/NURSE/ MIDWIFE/LHV 12</p> <p>OTHER HEALTH PERSONNEL 13</p> <p>OTHER PERSON</p> <p>ASHA 21</p> <p>DAI (TBA) 22</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
492	<p>(NAME) की यह पहली जांच कहाँ हुई थी?</p> <p>Where did this first check of (NAME) take place?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>HOME</p> <p>YOUR HOME 11</p> <p>PARENTS' HOME . 12</p> <p>OTHER HOME 13</p> <p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNIC. HOSPITAL 21</p> <p>GOVT. DISP. 22</p> <p>UHC/UHP/UFWC . 23</p> <p>CHC/RUR. HOSP./ BLOCK PHC 24</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC 25</p> <p>SUB-CENTRE 26</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE 27</p> <p>OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY 28</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSP./ MATERNITY HOME/CLINIC . 41</p> <p>OTHER PVT. SECT. HEALTH FACILITY 42</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY)</p>		
493	<p>प्रसव के बाद के दो महीनों में, क्या आपको:</p> <p>In the first two months after delivery, did you have:</p> <p>a. योनि से बहुत ज्यादा खून आया था? Massive vaginal bleeding?</p> <p>b. बहुत तेज बुखार आया था? Very high fever?</p>	<p>YES NO</p> <p>a) 1 2</p> <p>b) 1 2</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH	NEXT-TO-LAST BIRTH	SECOND-FROM-LAST BIRTH
		NAME _____	NAME _____	NAME _____
494	<p>(NAME) के जन्म के बाद पहले दो दिनों के दौरान, क्या किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदानकर्ता ने निम्नलिखित किया था :</p> <p>During the first two days after (NAME)'s birth, did any healthcare provider do the following:</p> <p>a. कॉर्ड का परीक्षण? Examine the cord?</p> <p>b. (NAME) का तापमान मापा था? Measure (NAME)'s temperature?</p> <p>c. आपको नवजात शिशुओं के लिए खतरे के लक्षणों पर सलाह दी थी? Counsel you on danger signs for newborns?</p> <p>d. आपको स्तनपान कराने के बारे में सलाह दी थी? Counsel you on breastfeeding?</p> <p>e. (NAME) को स्तनपान कराने का अवलोकन किया था? Observe (NAME) breastfeeding?</p>	<p>YES NO</p> <p>a) 1 2</p> <p>b) 1 2</p> <p>c) 1 2</p> <p>d) 1 2</p> <p>e) 1 2</p>		
495	<p>(NAME) के जन्म के बाद, क्या आपका मासिक धर्म [माहवारी] फिर से शुरू हुआ है?</p> <p>Has your menstrual period returned since the birth of (NAME)?</p> <p>YES 1 (SKIP TO 497) ←</p> <p>NO 2 (SKIP TO 498) ←</p>			
496	<p>(NAME) के जन्म एवं अगले गर्भधारण के बीच क्या आपका मासिक धर्म [माहवारी] फिर से शुरू हुआ था?</p> <p>Did your period return between the birth of (NAME) and your next pregnancy?</p>		<p>YES 1</p> <p>NO 2 (SKIP TO 4001) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2 (SKIP TO 4001) ←</p>
497	<p>(NAME) के जन्म के बाद, कितने महीनों तक आपका मासिक धर्म [माहवारी] शुरू नहीं हुआ?</p> <p>For how many months after the birth of (NAME) did you not have a period?</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>	<p>MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>
498	<p>CHECK 226:</p> <p>IS RESPONDENT PREGNANT?</p>	<p>NOT <input type="checkbox"/> PREGNANT</p> <p>PREG- <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/></p> <p>NANT <input type="checkbox"/> UNSURE</p> <p>(SKIP TO 499A)</p>		
499	<p>(NAME) के जन्म के बाद, क्या आपने शारीरिक संबंध शुरू किए हैं?</p> <p>Have you had sexual relations since the birth of (NAME)?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2 (SKIP TO 499I) ←</p>		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
499A	(NAME) के जन्म के बाद, आपने कितने महीनों तक शारीरिक संबंध नहीं रखे? For how many months after the birth of (NAME) did you not have sexual relations?	MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 98	MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 98	MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 98
499B	क्या (NAME) को आपने कभी स्तनपान कराया? Did you ever breastfeed (NAME)?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 499I) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 499I) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 499I) ←
499C	जन्म के कितने समय बाद आपने (NAME) को पहली बार स्तनपान कराया था? How long after birth did you start breastfeeding (NAME)? IF LESS THAN ONE HOUR, RECORD '00' HOURS. IF LESS THAN 24 HOURS, RECORD HOURS. OTHERWISE, RECORD DAYS.	IMMEDIATELY ... 000 HOURS . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
499D	जन्म के बाद के पहले तीन दिनों में, क्या (NAME) को माँ के दूध के अलावा, कुछ और पीने को दिया गया था? In the first three days after delivery, was (NAME) given anything to drink other than breast milk?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 499F) ←		
499E	(NAME) को पीने के लिए क्या दिया गया था? What was (NAME) given to drink? Anything else? RECORD ALL LIQUIDS MENTIONED.	MILK (OTHER THAN BREAST MILK) . A PLAIN WATER B SUGAR OR GLUCOSE WATER C GRUPE WATER D SUGAR-SALT-WATER SOLUTION E FRUIT JUICE F INFANT FORMULA . G TEA H HONEY I JANAM GHUTTI J OTHER _____ X (SPECIFY)		
499F	CHECK 404: IS CHILD LIVING?	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (SKIP TO 499H)		
499G	क्या आप (NAME) को अभी भी स्तनपान करा रही हैं? Are you still breastfeeding (NAME)?	YES 1 (SKIP TO 499J) ← NO 2		
499H	आपने (NAME) को कितने महीनों तक स्तनपान कराया? For how many months did you breastfeed (NAME)?	MONTHS ... <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW ... 98		
499I	CHECK 404: IS CHILD LIVING?	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L)	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L)	LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO BACK TO 405 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L)
499J	क्या (NAME) ने कल या पिछली रात को निप्पल वाली बोतल से कुछ पिया था? Did (NAME) drink anything from a bottle with a nipple yesterday or last night?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
499K		GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L.	GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L.	GO BACK TO 405 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 499L.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
499L	<p>CHECK 215 AND 218:</p> <p>HAS AT LEAST ONE CHILD BORN IN 2017 OR LATER AND LIVING WITH HER <input type="checkbox"/></p> <p>DOES NOT HAVE ANY CHILDREN BORN IN 2017 OR LATER AND LIVING WITH HER <input type="checkbox"/></p> <p>RECORD NAME OF YOUNGEST CHILD LIVING WITH HER (AND CONTINUE WITH 499M)</p> <p>_____ (NAME)</p>		501
499M	<p>अब मैं तरल पदार्थों और खाद्य पदार्थों के बारे में पूछना चाहूँगी जो (NAME FROM 499L) ने कल दिन में या रात में लिया था। अगर ये पदार्थ आपके बच्चे ने किसी अन्य आहार में मिलाकर भी लिया हो तो भी मैं जानना चाहूँगी।</p> <p>क या (NAME FROM 499L) ने _____ (खाया / पीया)।</p> <p>Now I would like to ask you about liquids or foods that (NAME FROM 499L) had yesterday during the day or at night. I am interested in whether your child had the item I mention even if it was combined with other foods.</p> <p>Did (NAME FROM 499L) (drink/eat):</p> <p style="text-align: right;">YES NO DK</p> <p>a. सादा पानी? a. 1 2 8 Plain water?</p> <p>b. जूस या जूस पेय? b. 1 2 8 Juice or juice drinks?</p> <p>c. सादा सूप? c. 1 2 8 Clear broth?</p> <p>d. दूध जैसे डिब्बाबंदी, पावडर या जानवर का ताजा दूध? d. 1 2 8 IF YES: (NAME) को कितने बार ऐसा दूध दिया गया? Milk such as tinned, powdered, or fresh animal milk? IF YES: How many times did (NAME) drink milk? NUMBER OF TIMES IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'. DRANK MILK</p> <p>e. व्यापारिक रूप से उत्पादित शिशु नुस्खा? e. 1 2 8 IF YES: (NAME) को कितने बार ये दिया गया? Infant formula? IF YES: How many times did (NAME) drink infant formula? NUMBER OF TIMES IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'. DRANK FORMULA</p> <p>f. कोई और तरल पदार्थ? f. 1 2 8 Any other liquids?</p> <p>g. दही? g. 1 2 8 IF YES: (NAME) को कितने बार दही दिया गया? Yogurt? IF YES: How many times did (NAME) eat yogurt? NUMBER OF TIMES IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'. ATE YOGURT</p> <p>h. व्यापारिक रूप से उतपादित बेबी फूड जैसे सेरेलेक स या फारेक्स? h. 1 2 8 Any commercially fortified baby food, e.g. Cerelac or Farex?</p> <p>i. कोई डबलरोटी, रोटी, चपाती, चावल, नूडल्स, बिस्किट, इडली या अन्य कोई अनाज से बना हुआ खाद्यपदार्थ? i. 1 2 8 Any bread, roti, chapati, rice, noodles, biscuits, idli, or any other foods made from grains?</p> <p>j. कोई कद्दू, गाजर, सकरकंद या मीठे आलू जो अंदर से पीले या नारंगी रहते हैं? j. 1 2 8 Any pumpkin, carrots, squash or sweet potatoes that are yellow or orange inside?</p> <p>k. आलू, मुरन, अरबी, रतालू या अन्य कोई कंदमूल खाद्यपदार्थ जो जड़ से बने हो? k. 1 2 8 Any white potatoes, white yams, manioc, cassava, or any other foods made from roots?</p> <p>l. कोई गहरी हरी पत्तेदार साग (सब्जी)? l. 1 2 8 Any dark green, leafy vegetables?</p> <p>m. पका हुआ आम, पपीता, खरबूजा या कटहल? m. 1 2 8 Any ripe mangoes, papayas, cantaloupe or jackfruit?</p>		

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

SECTION 5. CHILD IMMUNIZATIONS AND HEALTH

501	<p>ENTER IN THE TABLE THE BIRTH HISTORY NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN 2016 OR LATER. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. (IF THERE ARE MORE THAN 3 BIRTHS, USE LAST 2 COLUMNS OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S)).</p>			
502	<p>BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212</p>	<p>LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NEXT-TO-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>SECOND-FROM-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/></p>
503	<p>FROM 212 AND 216</p>	<p>NAME _____</p> <p>LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/></p> <p>(GO TO 503 IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)</p>	<p>NAME _____</p> <p>LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/></p> <p>(GO TO 503 IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)</p>	<p>NAME _____</p> <p>LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/></p> <p>(GO TO 503 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE, OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)</p>
504	<p>पिछले छः महीनों में क्या (NAME) को (इसके जैसी या इनमें से कोई) विटामिन ए की खुराक दी गयी थी?</p> <p>Within the last six months, was (NAME) given a vitamin A dose like (this/any of these)?</p> <p>SHOW COMMON AMPOULES/ CAPSULES/SYRUPS</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>
505	<p>पिछले सात दिनों में क्या (NAME) को (इसके जैसी या इनमें से कोई) आयरन की गोली या सीरप दी गयी थी?</p> <p>Within the last seven days, was (NAME) given iron pills or syrup or sprinkles with iron like (this/any of these)?</p> <p>SHOW COMMON CAPSULES/SYRUPS/ SPRINKLES.</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>
506	<p>पिछले छः महीनों में क्या (NAME) को आंतों के कीड़ों के लिए कोई दवा दी गई थी?</p> <p>Was (NAME) given any drug for intestinal worms in the last six months?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>
507	<p>क्या आपके पास कोई ऐसा कार्ड या अन्य दस्तावेज है जिस पर (NAME) को लगाए गए टीकों के बारे में लिखा है?</p> <p>IF YES: क्या मैं कृपया इसे देख सकती हूँ?</p> <p>Do you have a card or other document where (NAME)'s vaccinations are written down?</p> <p>IF YES: May I see the card or other document where vaccinations are written down?</p>	<p>YES, SEEN 1 (SKIP TO 509) ←</p> <p>YES, NOT SEEN 2 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO CARD 3</p>	<p>YES, SEEN 1 (SKIP TO 509) ←</p> <p>YES, NOT SEEN 2 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO CARD 3</p>	<p>YES, SEEN 1 (SKIP TO 509) ←</p> <p>YES, NOT SEEN 2 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO CARD 3</p>
508	<p>क्या आपके पास कभी (NAME) को लगाये गये टीकों का कार्ड था?</p> <p>Did you ever have a vaccination card for (NAME)?</p>	<p>YES 1 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO 2</p>	<p>YES 1 (SKIP TO 512) ←</p> <p>NO 2</p>

- (1) COPY VACCINATION DATE FOR EACH VACCINE FROM THE CARD.
 (2) WRITE '44' IN 'DAY' COLUMN IF CARD SHOWS THAT A VACCINATION WAS GIVEN, BUT NO DATE IS RECORDED.
 (3) IF ONLY PART OF DATE IS SHOWN ON CARD, RECORD '98' OR '9998' FOR 'DON'T KNOW' IN THE COLUMNS FOR WHICH INFORMATION IS NOT GIVEN.

	LAST BIRTH			NEXT-TO-LAST BIRTH			SECOND-FROM-LAST BIRTH		
	DAY	MONTH	YEAR	DAY	MONTH	YEAR	DAY	MONTH	YEAR
BCG				BCG			BCG		
POLIO 0 (POLIO GIVEN AT BIRTH)				P 0			P 0		
POLIO 1				P 1			P 1		
POLIO 2				P 2			P 2		
POLIO 3				P 3			P 3		
DPT 1				D 1			D 1		
DPT 2				D 2			D 2		
DPT 3				D 3			D 3		
fIPV 1				fIPV 1			fIPV 1		
fIPV 2				fIPV 2			fIPV 2		
HEPATITIS B 0 (GIVEN AT BIRTH)				H 0			H 0		
HEPATITIS B 1				H 1			H 1		
HEPATITIS B 2				H 2			H 2		
HEPATITIS B 3				H 3			H 3		
PENTAVALENT 1				PV 1			PV 1		
PENTAVALENT 2				PV 2			PV 2		
PENTAVALENT 3				PV 3			PV 3		
ROTAVIRUS 1				RV 1			RV 1		
ROTAVIRUS 2				RV 2			RV 2		
ROTAVIRUS 3				RV 3			RV 3		
JE 1				JE 1			JE 1		
JE 2				JE 2			JE 2		
MCV 1				MCV 1			MCV 1		
MCV 2				MCV 2			MCV 2		
DPT 1 BOOSTER				DPT 1 B			DPT 1 B		
VITAMIN A (LAST DOSE)				VIT A			VIT A		
VITAMIN A (NEXT-TO-LAST DOSE)				VIT A			VIT A		

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
511	<p>पल्स पोलियो अभियान में पिलाई गई खुराक सहित, क्या (NAME) को कोई ऐसे और टीके लगाये गये हैं, जिनकी जानकारी इस कार्ड या अन्य दस्तावेजों में दर्ज नहीं है?</p> <p>Has (NAME) received any vaccinations that are not recorded on this card or other documents, including vaccinations received in a Pulse Polio campaign?</p> <p>RECORD 'YES' ONLY IF THE RESPONDENT MENTIONS AT LEAST ONE OF THE VACCINATIONS IN 509 THAT ARE NOT RECORDED AS HAVING BEEN GIVEN.</p>	<p>YES 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (SKIP TO 514)</p> <p>NO 2 (SKIP TO 514)</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (SKIP TO 514)</p> <p>NO 2 (SKIP TO 514)</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (SKIP TO 514)</p> <p>NO 2 (SKIP TO 514)</p> <p>DON'T KNOW 8</p>
512	<p>पल्स पोलियो अभियान में पिलाई गई खुराक सहित, क्या (NAME) को बीमारियों से बचाने के लिए कभी कोई टीके लगाये गये थे?</p> <p>Did (NAME) ever receive any vaccinations to prevent (him/her) from getting diseases, including vaccinations received in a Pulse Polio campaign?</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 517) DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 517) DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 517) DON'T KNOW 8</p>
513	<p>कृपया मुझे बताएं कि क्या (NAME) को इनमें से कोई टीका लगा है: Please tell me if (NAME) received any of the following vaccinations:</p>			
513A	<p>तपेदिक [टी बी] से बचने के लिए बी.सी.जी. का टीका जिसे इंजेक्शन के रूप में बाँह या कंधे में लगाया जाता है जिससे सामान्यतः वहाँ पर एक निशान बन जाता है?</p> <p>A BCG vaccination against tuberculosis, that is, an injection in the arm or shoulder that usually causes a scar?</p>	<p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>
513B	<p>पोलियो की खुराक, जिसकी बूँदें मुँह में पिलाई जाती हैं, पल्स पोलियो अभियान में पिलाई गई खुराक सहित?</p> <p>Polio vaccine, that is, drops in the mouth, including vaccine received in a Pulse Polio campaign?</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 513E) DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 513E) DON'T KNOW 8</p>	<p>YES 1 NO 2 (SKIP TO 513E) DON'T KNOW 8</p>
513C	<p>क्या पोलियो की पहली खुराक जन्म के पहले दो सप्ताहों के अंदर दी गई थी या बाद में?</p> <p>Was the first polio vaccine received in the first two weeks after birth or later?</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1 LATER 2</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1 LATER 2</p>	<p>FIRST 2 WEEKS ... 1 LATER 2</p>
513D	<p>पोलियो की खुराक कितनी बार दी गई थी?</p> <p>How many times was the oral polio vaccine given? IF MORE THAN 7, RECORD '7'.</p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/></p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
513E	डी पी टी टी का टीका जो इंजेक्शन द्वारा जांच या नितम्ब में लगाया जाता है और कभी-कभी पोलियो की खुराक के साथ भी दिया जाता है? A DPT vaccination, that is, an injection given in the thigh or buttocks, sometimes at the same time as polio drops?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513G) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513G) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513G) ← DON'T KNOW 8
513F	डी पी टी टी का टीका कितनी बार दिया गया था? How many times was a DPT vaccination given? IF MORE THAN 7, RECORD '7'.	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>
513G	पोलियो के खिलाफ सुरक्षा के लिए ऊपरी भुजा में दिया गया fIPV इंजेक्शन, अक्सर मौखिक पोलियो बूंदों के दौरान एक ही समय में दिया जाता है? An fIPV injection that is given in the upper arm to protect against polio, often at the same time as oral polio drops?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513I) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513I) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513I) ← DON'T KNOW 8
513H	fIPV टीकाकरण कितनी बार दिया गया था? How many times was an fIPV vaccination given? IF MORE THAN 7, RECORD '7'.	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>
513I	पेंटावैलेंट टीका/इंजेक्शन जो जांच या नितम्ब में लगाया जाता है, कभी-कभी यह पोलियो की खुराक के साथ दिया जाता है? A pentavalent vaccine/injection that is given in the thigh or buttocks, sometimes given at the same time as polio drops?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513K) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513K) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513K) ← DON'T KNOW 8
513J	पेंटावैलेंट टीका कितनी बार दिया गया था? How many times was a pentavalent vaccination given? IF MORE THAN 7, RECORD '7'.	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>
513K	क्या (NAME) को हेपाटाइटिस बी का टीका दिया गया था? Was (NAME) given an injection at birth to prevent Hepatitis B?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513N) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513N) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513N) ← DON'T KNOW 8
513L	क्या हेपाटाइटिस बी का पहला टीका जन्म के पहले दो सप्ताह में दिया गया था या बाद में? Was the first Hepatitis B vaccine received in the first two weeks after birth or later?	FIRST 2 WEEKS ... 1 LATER 2	FIRST 2 WEEKS ... 1 LATER 2	FIRST 2 WEEKS ... 1 LATER 2

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
513M	हेपाटाइटिस बी टीका कितनी बार दिया गया था? How many times was a Hepatitis B vaccination given? IF MORE THAN 7, RECORD '7'.	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>
513N	क्या (NAME) को रोटावायरस टीका दिया गया है, जो डायरिया (दस्त) की रोकथाम के लिए मुँह में तरल पदार्थ के रूप में दिया जाता है? Has (NAME) received a rotavirus vaccine, that is, liquid in the mouth to prevent diarrhoea?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513P) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513P) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513P) ← DON'T KNOW 8
513O	यदि हाँ तो, कितनी बार रोटावायरस टीका दिया गया था? IF YES: How many times was the rotavirus vaccine given?	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>
513P	क्या (NAME) को कभी जैपनीज़ एन्सेफलाइटिस के लिए जेई टीका दिया गया था? Did (NAME) ever receive a JE vaccination against Japanese encephalitis?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513R) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513R) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513R) ← DON'T KNOW 8
513Q	जेई टीका कितनी बार दिया गया था? How many times was a JE vaccination given? IF MORE THAN 3, RECORD '3'.	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES ... <input type="text"/>
513R	क्या (NAME) को कभी खसरे का इंजेक्शन दिया गया था - यह टीका खसरे से बचने के लिए, जो 9 महीने की उम्र में या उससे बड़ी उम्र में, बाँह में लगाया जाता है? Was (NAME) ever given a measles or MMR injection - that is, a shot in the arm at the age of 9 months or older - to prevent (him/her) from getting measles?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513T) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513T) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 513T) ← DON'T KNOW 8
513S	खसरा या एमएमआर टीकाकरण कितनी बार दिया गया था? How many times was a measles or MMR vaccination given?	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>	NUMBER OF TIMES <input type="text"/>
513T	क्या (NAME) को कभी डीपीटी 1 बूस्टर की खुराक दी गई थी? Was (NAME) ever given a DPT1 booster dose?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
514	CHECK 509 AND 512: ANY VACCINATIONS RECEIVED?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 517)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 517)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ↓ (SKIP TO 517)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
515	<p>(NAME) को ज्यादातर टीके कौन-सी जगह से लगवाए गए थे? Where did (NAME) receive most of (his/her) vaccinations?</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... 12</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY 13</p> <p>UNANI 14</p> <p>SIDDHA 15</p> <p>HOMEOPATHY . 16</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) 17</p> <p>OTHER _____ 18 (SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISP. ... 19</p> <p>UHC/UHP/UFWC ... 20</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... 21</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC 22</p> <p>SUB-CENTRE ... 23</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC 24</p> <p>CAMP 25</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE 26</p> <p>PULSE POLIO ... 27</p> <p>OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY 28</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL ... 41</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC 42</p> <p>PVT. PARAMEDIC 43</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... 44</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY 45</p> <p>UNANI 46</p> <p>SIDDHA 47</p> <p>HOMEOPATHY . 48</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) 49</p> <p>OTHER _____ 50 (SPECIFY)</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . 51</p> <p>OTHER PVT. HEALTH FAC. . 52</p> <p>OTHER _____ 96 (SPECIFY)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... 12</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY 13</p> <p>UNANI 14</p> <p>SIDDHA 15</p> <p>HOMEOPATHY . 16</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) 17</p> <p>OTHER _____ 18 (SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISP. ... 19</p> <p>UHC/UHP/UFWC ... 20</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... 21</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC 22</p> <p>SUB-CENTRE ... 23</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC 24</p> <p>CAMP 25</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE 26</p> <p>PULSE POLIO ... 27</p> <p>OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY 28</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL ... 41</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC 42</p> <p>PVT. PARAMEDIC 43</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... 44</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY 45</p> <p>UNANI 46</p> <p>SIDDHA 47</p> <p>HOMEOPATHY . 48</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) 49</p> <p>OTHER _____ 50 (SPECIFY)</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . 51</p> <p>OTHER PVT. HEALTH FAC. . 52</p> <p>OTHER _____ 96 (SPECIFY)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... 12</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY 13</p> <p>UNANI 14</p> <p>SIDDHA 15</p> <p>HOMEOPATHY . 16</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) 17</p> <p>OTHER _____ 18 (SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISP. ... 19</p> <p>UHC/UHP/UFWC ... 20</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... 21</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC 22</p> <p>SUB-CENTRE ... 23</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC 24</p> <p>CAMP 25</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE 26</p> <p>PULSE POLIO ... 27</p> <p>OTHER PUBLIC SECT. HEALTH FACILITY 28</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC 31</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL ... 41</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC 42</p> <p>PVT. PARAMEDIC 43</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... 44</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY 45</p> <p>UNANI 46</p> <p>SIDDHA 47</p> <p>HOMEOPATHY . 48</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) 49</p> <p>OTHER _____ 50 (SPECIFY)</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . 51</p> <p>OTHER PVT. HEALTH FAC. . 52</p> <p>OTHER _____ 96 (SPECIFY)</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
516A	ENTER IN THE TABLE THE BIRTH HISTORY NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN 2014 OR LATER. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. (IF THERE ARE MORE THAN 3 BIRTHS, USE LAST 2 COLUMNS OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S)).			
516B	BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212	LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/>
516C	FROM 212 AND 216	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 516C IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 516C IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> (GO TO 516C IN NEXT COLUMN OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550)
517	क्या (NAME) को पिछले दो सप्ताहों में कभी दस्त हुए थे? Has (NAME) had diarrhoea in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 526) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 526) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 526) ← DON'T KNOW 8
517A	क्या दस्तों में खून आया था? Was there any blood in the stools?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
518	अब मैं यह जानना चाहूंगी कि दस्त के दौरान, (NAME) को पीने का पदार्थ (माँ के दूध के सहित) कितना दिया गया था। क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उतनी ही मात्रा में या सामान्य से अधिक पीने को दिया गया था? IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या थोड़ा कम पीने को दिया गया था? Now I would like to know how much (NAME) was given to drink during the diarrhoea (including breast milk). Was (NAME) given less than usual to drink, about the same amount, or more than usual to drink? IF LESS, PROBE: Was (NAME) given much less than usual to drink or somewhat less?	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW 8	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW 8	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW 8

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
519	<p>जब (NAME) को दस्त हुए तो, क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उतनी ही मात्रा में, सामान्य से अधिक खाने के लिए दिया गया था या खाने के लिए कुछ भी नहीं दिया गया था?</p> <p>IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या थोड़ा सा कम खाने को दिया गया था?</p> <p>When (NAME) had diarrhoea, was (he/she) given less than usual to eat, about the same amount, more than usual, or nothing to eat?</p> <p>IF LESS, PROBE: Was (he/she) given much less than usual to eat or somewhat less?</p>	<p>MUCH LESS 1</p> <p>SOMEWHAT LESS . 2</p> <p>ABOUT THE SAME . 3</p> <p>MORE 4</p> <p>STOPPED FOOD . 5</p> <p>NEVER GAVE FOOD . 6</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>MUCH LESS 1</p> <p>SOMEWHAT LESS . 2</p> <p>ABOUT THE SAME . 3</p> <p>MORE 4</p> <p>STOPPED FOOD . 5</p> <p>NEVER GAVE FOOD . 6</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	<p>MUCH LESS 1</p> <p>SOMEWHAT LESS . 2</p> <p>ABOUT THE SAME . 3</p> <p>MORE 4</p> <p>STOPPED FOOD . 5</p> <p>NEVER GAVE FOOD . 6</p> <p>DON'T KNOW 8</p>
520	<p>दस्तों के लिए क्या आपने कहीं से सलाह ली या इलाज करवाया?</p> <p>Did you seek advice or treatment for the diarrhoea from any source?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 525) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 525) ←</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 525) ←</p>
521	<p>आपने कहाँ से सलाह ली या इलाज करवाया? किसी अन्य जगह से?</p> <p>Where did you seek advice or treatment? Anywhere else?</p> <p>RECORD ALL SOURCES MENTIONED.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S).</p> <p>_____ (NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... B</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY C</p> <p>UNANI D</p> <p>SIDDHA E</p> <p>HOMEOPATHY . F</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) G</p> <p>OTHER H</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISP. ... I</p> <p>UHC/UHP/UFWC . J</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... K</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC L</p> <p>SUB-CENTRE/ ANM M</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC N</p> <p>CAMP O</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE P</p> <p>ASHA Q</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR R</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC S</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL . T</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC U</p> <p>PVT. PARAMEDIC . V</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... W</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY X</p> <p>UNANI Y</p> <p>SIDDHA Z</p> <p>HOMEOPATHY . AA</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) AB</p> <p>OTHER AC</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . AD</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AE</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>SHOP BA</p> <p>TRADITIONAL HEALER BB</p> <p>FRIEND/RELATIVE BC</p> <p>OTHER BX</p> <p>(SPECIFY)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... B</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY C</p> <p>UNANI D</p> <p>SIDDHA E</p> <p>HOMEOPATHY . F</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) G</p> <p>OTHER H</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISP. ... I</p> <p>UHC/UHP/UFWC . J</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... K</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC L</p> <p>SUB-CENTRE/ ANM M</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC N</p> <p>CAMP O</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE P</p> <p>ASHA Q</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR R</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC S</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL . T</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC U</p> <p>PVT. PARAMEDIC . V</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... W</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY X</p> <p>UNANI Y</p> <p>SIDDHA Z</p> <p>HOMEOPATHY . AA</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) AB</p> <p>OTHER AC</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . AD</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AE</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>SHOP BA</p> <p>TRADITIONAL HEALER BB</p> <p>FRIEND/RELATIVE BC</p> <p>OTHER BX</p> <p>(SPECIFY)</p>	<p>PUB. HEALTH SECTOR</p> <p>GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... B</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY C</p> <p>UNANI D</p> <p>SIDDHA E</p> <p>HOMEOPATHY . F</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) G</p> <p>OTHER H</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>GOVT. DISP. ... I</p> <p>UHC/UHP/UFWC . J</p> <p>CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC ... K</p> <p>PHC/ADDITIONAL PHC L</p> <p>SUB-CENTRE/ ANM M</p> <p>GOVT. MOBILE CLINIC N</p> <p>CAMP O</p> <p>ANGANWADI/ICDS CENTRE P</p> <p>ASHA Q</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR R</p> <p>NGO/TRUST HOSP./ CLINIC S</p> <p>PVT. HEALTH SECTOR</p> <p>PVT. HOSPITAL . T</p> <p>PVT. DOCTOR/ CLINIC U</p> <p>PVT. PARAMEDIC . V</p> <p>AYUSH</p> <p>AYURVEDA ... W</p> <p>YOGA AND NATUROPATHY X</p> <p>UNANI Y</p> <p>SIDDHA Z</p> <p>HOMEOPATHY . AA</p> <p>SOWA RIGPA (TTM) AB</p> <p>OTHER AC</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>PHARMACY/ DRUGSTORE . AD</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AE</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>SHOP BA</p> <p>TRADITIONAL HEALER BB</p> <p>FRIEND/RELATIVE BC</p> <p>OTHER BX</p> <p>(SPECIFY)</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
522	CHECK 521:	<div> <div>TWO OR MORE CODES CIRCLED</div> <div>ONLY ONE CODE CIRCLED</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>(SKIP TO 524) ←</div> </div>	<div> <div>TWO OR MORE CODES CIRCLED</div> <div>ONLY ONE CODE CIRCLED</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>(SKIP TO 524) ←</div> </div>	<div> <div>TWO OR MORE CODES CIRCLED</div> <div>ONLY ONE CODE CIRCLED</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>(SKIP TO 524) ←</div> </div>
523	आपने पहली बार कहां से सलाह ली या इलाज करवाया? Where did you first seek advice or treatment? USE LETTER CODE FROM 521.	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>
524	दस्त शुरू होने के कितने दिनों के बाद, आपने (NAME) के लिए पहली बार सलाह ली या इलाज करवाया? How many days after the diarrhoea began did you first seek advice or treatment for (NAME)? IF THE SAME DAY, RECORD '00'.	DAYS <input type="text"/>	DAYS <input type="text"/>	DAYS <input type="text"/>
525	जब से उसे दस्त शुरू हुए, क्या उसे कभी इनमें से कुछ पीने के लिए दिया गया था: Was (he/she) given any of the following to drink at any time since (he/she) started having the diarrhoea: a. एक विशेष पैकेट (LOCAL NAME FOR ORS PACKET) से बना हुआ तरल पदार्थ? A fluid made from a special packet called (LOCAL NAME FOR ORS PACKET)? b. चावल या (OR OTHER LOCAL GRAIN) से बना तरल पदार्थ? Gruel made from rice (OR OTHER LOCAL GRAIN)?	<div>YES NO DK</div> <div>FLUID FROM ORS PKT 1 2 8</div> <div>GRUEL... 1 2 8</div>	<div>YES NO DK</div> <div>FLUID FROM ORS PKT 1 2 8</div> <div>GRUEL... 1 2 8</div>	<div>YES NO DK</div> <div>FLUID FROM ORS PKT 1 2 8</div> <div>GRUEL... 1 2 8</div>
526	पिछले सात दिनों में, क्या (NAME) को निम्नलिखित दिए गए थे: In last seven days, was (NAME) given: a. _____ (LOCAL NAME FOR MULTIPLE MICRONUTRIENT POWDER) b. _____ (LOCAL NAME FOR READY TO USE A THERAPEUTIC FOOD SUCH AS PLUMPY NUT) c. _____ (LOCAL NAME FOR READY TO USE SUPPLEMENTAL FOOD SUCH AS PLUMPY DOZ)	<div>YES NO DK</div> <div>a. POWDER . 1 2 8</div> <div>b. PLUMPY NUT 1 2 8</div> <div>c. PLUMPY DOZ ... 1 2 8</div>	<div>YES NO DK</div> <div>a. POWDER . 1 2 8</div> <div>b. PLUMPY NUT 1 2 8</div> <div>c. PLUMPY DOZ ... 1 2 8</div>	<div>YES NO DK</div> <div>a. POWDER . 1 2 8</div> <div>b. PLUMPY NUT 1 2 8</div> <div>c. PLUMPY DOZ ... 1 2 8</div>
526A	CHECK 517: CODE '1' RECORDED	<div>YES NO</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>(SKIP TO 530) ←</div>	<div>YES NO</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>(SKIP TO 530) ←</div>	<div>YES NO</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>(SKIP TO 530) ←</div>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
527	दस्त शुरू होने के बाद से क्या उसे कभी चीक दिया गया? Was (he/she) given zinc at any time since (he/she) started having diarrhoea?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
528	क्या दस्त के इलाज के लिए कुछ (और) दिया गया था? Was anything (else) given to treat the diarrhoea?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 530) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 530) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 530) ← DON'T KNOW 8
529	दस्त के इलाज के लिए (और) क्या दिया गया था? कोई अन्य चीज? What (else) was given to treat the diarrhoea? Anything else? RECORD ALL TREATMENTS GIVEN.	PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC A ANTIMOTILITY ... B OTHER (NOT ANTI-BIOTIC, ANTI-MOTILITY, OR ZINC) C UNKNOWN PILL OR SYRUP ... D INJECTION ANTIBIOTIC E NON-ANTIBIOTIC . F UNKNOWN INJECTION ... G INTRAVENOUS (IV) . H HOME REMEDY/ HERBAL MED-ICINE I OTHER _____ X (SPECIFY)	PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC A ANTIMOTILITY ... B OTHER (NOT ANTI-BIOTIC, ANTI-MOTILITY, OR ZINC) C UNKNOWN PILL OR SYRUP ... D INJECTION ANTIBIOTIC E NON-ANTIBIOTIC . F UNKNOWN INJECTION ... G INTRAVENOUS (IV) . H HOME REMEDY/ HERBAL MED-ICINE I OTHER _____ X (SPECIFY)	PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC A ANTIMOTILITY ... B OTHER (NOT ANTI-BIOTIC, ANTI-MOTILITY, OR ZINC) C UNKNOWN PILL OR SYRUP ... D INJECTION ANTIBIOTIC E NON-ANTIBIOTIC . F UNKNOWN INJECTION ... G INTRAVENOUS (IV) . H HOME REMEDY/ HERBAL MED-ICINE I OTHER _____ X (SPECIFY)
530	(NAME) को पिछले दो सप्ताह में क्या कभी बुखार हुआ? Has (NAME) been ill with a fever at any time in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 532) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 532) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 532) ← DON'T KNOW 8
531	बीमारी के दौरान किसी भी समय क्या (NAME) की ऊँगली या एड़ी से जाँच के लिए खून लिया गया? At any time during the illness, did (NAME) have blood taken from (his/her) finger or heel for testing?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
532	पिछले दो सप्ताह में, (NAME) को क्या कभी बीमारी के साथ खाँसी हुई? Has (NAME) had an illness with a cough at any time in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
533	पिछले दो सप्ताह में, क्या (NAME) तेज साँसे/छोटी-छोटी सामान्य साँसे लेता था/लेती थी या उसको साँस लेने में परेशानी हो रही थी? Has (NAME) had fast, short, rapid breaths or difficulty breathing at any time in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 535) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 535) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 535) ← DON'T KNOW 8
534	क्या ये तेजी से साँसे लेना या साँस लेने में कठिनाई होना सीने में तकलीफ के कारण थी या उसकी नाक बंद या बहने के कारण थी? Was the fast or difficult breathing due to a problem in the chest or to a blocked or runny nose?	CHEST ONLY 1 NOSE ONLY 2 BOTH 3 OTHER _____ 6 (SPECIFY) DON'T KNOW 8 (SKIP TO 536) ←	CHEST ONLY 1 NOSE ONLY 2 BOTH 3 OTHER _____ 6 (SPECIFY) DON'T KNOW 8 (SKIP TO 536) ←	CHEST ONLY 1 NOSE ONLY 2 BOTH 3 OTHER _____ 6 (SPECIFY) DON'T KNOW 8 (SKIP TO 536) ←

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
535	CHECK 530: HAD FEVER	YES <input type="checkbox"/> NO OR DK <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549)	YES <input type="checkbox"/> NO OR DK <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549)	YES <input type="checkbox"/> NO OR DK <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549)
536	<p>अब मैं यह जानना चाहूंगी कि (बुखार / खांसी) के साथ बीमारी के दौरान, (NAME) को पीने का पदार्थ (माँ के दूध के सहित) कितना दिया गया था। क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उतनी ही मात्रा में या सामान्य से अधिक पीने को दिया गया था?</p> <p>IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या थोड़ा कम पीने को दिया गया था?</p> <p>Now I would like to know how much (NAME) was given to drink (including breast milk) during the illness with a (fever/cough). Was (he/she) given less than usual to drink, about the same amount, or more than usual to drink?</p> <p>IF LESS, PROBE: Was (he/she) given much less than usual to drink or somewhat less?</p>	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW 8	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW 8	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE 4 NOTHING TO DRINK . 5 DON'T KNOW 8
537	<p>जब (NAME) को (बुखार/खांसी) हुई थी तो क्या उसे सामान्य से कम, लगभग उतनी ही मात्रा में, सामान्य से अधिक खाने के लिए दिया गया था या खाने के लिए कुछ भी नहीं दिया गया था?</p> <p>IF LESS, PROBE: क्या उसे सामान्य से बहुत कम या थोड़ा सा कम खाने के लिए दिया गया था?</p> <p>When (NAME) had a (fever/cough), was (he/she) given less than usual to eat, about the same amount, more than usual, or nothing to eat?</p> <p>IF LESS, PROBE: Was (he/she) given much less than usual to eat or somewhat less?</p>	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE 4 STOPPED FOOD . 5 NEVER GAVE FOOD . 6 DON'T KNOW 8	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE 4 STOPPED FOOD . 5 NEVER GAVE FOOD . 6 DON'T KNOW 8	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS . 2 ABOUT THE SAME . 3 MORE 4 STOPPED FOOD . 5 NEVER GAVE FOOD . 6 DON'T KNOW 8

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
538	क्या आपने कहीं से बीमारी के लिए सलाह ली या इलाज करवाया? Did you seek advice or treatment for the illness from any source?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 543) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 543) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 543) ←
539	आपने कहाँ से सलाह ली या इलाज करवाया? कहीं अन्य से? Where did you seek advice or treatment? Anywhere else? RECORD ALL SOURCES MENTIONED. IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S). _____ (NAME OF FACILITY/PLACE(S))	PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A AYUSH AYURVEDA ... B YOGA AND NATUROPATHY C UNANI D SIDDHA E HOMEOPATHY . F SOWA RIGPA (TTM) G OTHER H (SPECIFY) GOVT. DISP. ... I UHC/UHP/UFWC J CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC . K PHC/ADDITIONAL PHC L SUB-CENTRE/ ANM M ANGANWADI/ICDS CENTRE N GOVT. MOBILE CLINIC O CAMP P OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY Q ASHA R NGO/TRUST HOSP./ CLINIC S PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL . T PVT. DOCTOR/ CLINIC U PVT. PARAMEDIC . V AYUSH AYURVEDA ... W YOGA AND NATUROPATHY X UNANI Y SIDDHA Z HOMEOPATHY . AA SOWA RIGPA (TTM) AB OTHER AC (SPECIFY) PHARMACY/ DRUGSTORE . AD OTHER PVT. HEALTH FAC. . AE OTHER SOURCE SHOP BA TRADITIONAL HEALER BB FRIEND/RELATIVE BC OTHER BX (SPECIFY)	PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A AYUSH AYURVEDA ... B YOGA AND NATUROPATHY C UNANI D SIDDHA E HOMEOPATHY . F SOWA RIGPA (TTM) G OTHER H (SPECIFY) GOVT. DISP. ... I UHC/UHP/UFWC J CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC . K PHC/ADDITIONAL PHC L SUB-CENTRE/ ANM M ANGANWADI/ICDS CENTRE N GOVT. MOBILE CLINIC O CAMP P OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY Q ASHA R NGO/TRUST HOSP./ CLINIC S PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL . T PVT. DOCTOR/ CLINIC U PVT. PARAMEDIC . V AYUSH AYURVEDA ... W YOGA AND NATUROPATHY X UNANI Y SIDDHA Z HOMEOPATHY . AA SOWA RIGPA (TTM) AB OTHER AC (SPECIFY) PHARMACY/ DRUGSTORE . AD OTHER PVT. HEALTH FAC. . AE OTHER SOURCE SHOP BA TRADITIONAL HEALER BB FRIEND/RELATIVE BC OTHER BX (SPECIFY)	PUB. HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A AYUSH AYURVEDA ... B YOGA AND NATUROPATHY C UNANI D SIDDHA E HOMEOPATHY . F SOWA RIGPA (TTM) G OTHER H (SPECIFY) GOVT. DISP. ... I UHC/UHP/UFWC J CHC/RUR. HOSP/ BLOCK PHC . K PHC/ADDITIONAL PHC L SUB-CENTRE/ ANM M ANGANWADI/ICDS CENTRE N GOVT. MOBILE CLINIC O CAMP P OTHER PUB. SECT. HEALTH FACILITY Q ASHA R NGO/TRUST HOSP./ CLINIC S PVT. HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL . T PVT. DOCTOR/ CLINIC U PVT. PARAMEDIC . V AYUSH AYURVEDA ... W YOGA AND NATUROPATHY X UNANI Y SIDDHA Z HOMEOPATHY . AA SOWA RIGPA (TTM) AB OTHER AC (SPECIFY) PHARMACY/ DRUGSTORE . AD OTHER PVT. HEALTH FAC. . AE OTHER SOURCE SHOP BA TRADITIONAL HEALER BB FRIEND/RELATIVE BC OTHER BX (SPECIFY)
540	CHECK 539:	TWO OR ONLY MORE ONE CODES CODE CIRCLED CIRCLED (SKIP TO 542) ←	TWO OR ONLY MORE ONE CODES CODE CIRCLED CIRCLED (SKIP TO 542) ←	TWO OR ONLY MORE ONE CODES CODE CIRCLED CIRCLED (SKIP TO 542) ←
541	आपने पहली बार कहाँ से सलाह ली या इलाज करवाया? Where did you first seek advice or treatment? USE LETTER CODE FROM 538.	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>	FIRST PLACE <input type="text"/>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____
542	बीमारी शुरू होने के कितने दिनों के बाद आपने (NAME) के लिए पहली बार सलाह ली या इलाज कराया? How many days after the illness began did you first seek advice or treatment for (NAME)? IF THE SAME DAY, RECORD '00'.	DAYS <input type="text"/> <input type="text"/>	DAYS <input type="text"/> <input type="text"/>	DAYS <input type="text"/> <input type="text"/>
543	बीमारी के दौरान किसी भी समय, क्या (NAME) ने बीमारी के लिए कोई दवा ली थी? At any time during the illness, did (NAME) take any drugs for the illness?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 549) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 549) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 549) ← DON'T KNOW 8
544	(NAME) ने कौन-सी दवा ली थी? कोई अन्य दवा? What drugs did (NAME) take? Any other drugs? RECORD ALL MENTIONED.	ANTIMALARIAL DRUGS CHLOROQUINE . A PRIMAQUINE . . B SP/FANSIDAR . . C QUININE D ARTEMISININ COMBINATION THERAPY . . . E OTHER ANTI- MALARIAL . . . F UNKNOWN ANTI- MALARIAL . . . G ANTIBIOTIC DRUG . H OTHER DRUGS ASPIRIN I ACETA- MINOPHEN . . . J IBUPROFEN . . . K OTHER _____ X (SPECIFY) UNKNOWN DRUG . Z	ANTIMALARIAL DRUGS CHLOROQUINE . A PRIMAQUINE . . B SP/FANSIDAR . . C QUININE D ARTEMISININ COMBINATION THERAPY . . . E OTHER ANTI- MALARIAL . . . F UNKNOWN ANTI- MALARIAL . . . G ANTIBIOTIC DRUG . H OTHER DRUGS ASPIRIN I ACETA- MINOPHEN . . . J IBUPROFEN . . . K OTHER _____ X (SPECIFY) UNKNOWN DRUG . Z	ANTIMALARIAL DRUGS CHLOROQUINE . A PRIMAQUINE . . B SP/FANSIDAR . . C QUININE D ARTEMISININ COMBINATION THERAPY . . . E OTHER ANTI- MALARIAL . . . F UNKNOWN ANTI- MALARIAL . . . G ANTIBIOTIC DRUG . H OTHER DRUGS ASPIRIN I ACETA- MINOPHEN . . . J IBUPROFEN . . . K OTHER _____ X (SPECIFY) UNKNOWN DRUG . Z
545	CHECK 544: ANY CODE 'A-G' RECORDED	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←
546	बुखार आने के कितनी देर बाद (NAME) ने पहली बार (DRUG(S) FROM 544 A-G) दवा ली? How long after the fever started, did (NAME) first take (DRUG(S) FROM 544 A-G)?	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER . . 4 DON'T KNOW 8	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER . . 4 DON'T KNOW 8	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER . . 4 DON'T KNOW 8
547	CHECK 544: CODE 'E' RECORDED	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (SKIP TO 549) ←
548	बुखार आने के कितने समय के बाद (NAME) को पहली आर्टिमिसिनिन कॉम्बिनेशन थेरेपी दी गई थी? How long after the fever started did (NAME) first take an artemisinin combination therapy?	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER . . 4 DON'T KNOW 8	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER . . 4 DON'T KNOW 8	SAME DAY 1 NEXT DAY 2 TWO DAYS AFTER FEVER 3 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER . . 4 DON'T KNOW 8
549		GO BACK TO 503 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550.	GO BACK TO 503 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550.	GO TO 503 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 550.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
550	<p>CHECK 215 AND 218, ALL ROWS:</p> <p>NUMBER OF CHILDREN BORN IN 2017 OR LATER LIVING WITH THE RESPONDENT</p> <p>ONE OR MORE <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/></p> <p>RECORD NAME OF YOUNGEST CHILD LIVING WITH HER AND CONTINUE WITH 551</p> <p>_____</p> <p>(NAME)</p>		553
551	<p>पिछली बार (NAME OF YOUNGEST CHILD) ने शौच (टट्टी) की थी तो उसे फेंकने के लिए क्या किया गया था?</p> <p>The last time (NAME OF YOUNGEST CHILD) passed stools, what was done to dispose of the stools?</p>	<p>CHILD USED TOILET OR LATRINE ... 01 PUT/RINSED INTO TOILET OR LATRINE 02 PUT/RINSED INTO DRAIN OR DITCH 03 THROWN INTO GARBAGE 04 BURIED 05 LEFT IN THE OPEN 06 OTHER 96 (SPECIFY) DON'T KNOW 98</p>	
552	<p>CHECK 525(a), ALL COLUMNS:</p> <p>NO CHILD RECEIVED FLUID FROM ORS PACKET <input type="checkbox"/></p> <p>ANY CHILD RECEIVED FLUID FROM ORS PACKET <input type="checkbox"/></p>		555
553	<p>क्या आपने कभी ऐसे विशेष उत्पाद के बारे में सुना है जिसे (LOCAL NAME FOR ORS PACKET) कहते हैं और जो दस्त के इलाज में काम आता है?</p> <p>IF SHE HAS NEVER HEARD OF ORS, SHOW GOVERNMENT AND COMMERCIAL ORS PACKETS AND ASK: क्या आपने पहले कभी इन जैसा कोई पैकेट देखा है?</p> <p>Have you ever heard of a special product called (LOCAL NAME FOR ORS PACKET) you can get for the treatment of diarrhoea? IF SHE HAS NEVER HEARD OF ORS, SHOW GOVERNMENT AND COMMERCIAL ORS PACKETS AND ASK: Have you ever seen a packet like one of these before?</p>	<p>YES 1 NO 2</p>	
554	<p>CHECK 215: ANY LIVE BIRTH IN 2013 OR LATER</p> <p>ONE OR MORE <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/></p>		601

SECTION 5A. UTILIZATION OF ICDS SERVICES

555	ENTER IN THE TABLE THE BIRTH HISTORY NUMBER, NAME, AND SURVIVAL STATUS OF EACH BIRTH IN 2013 OR LATER. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. (IF THERE ARE MORE THAN 5 BIRTHS, USE ADDITIONAL QUESTIONNAIRES).					
556	BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212	LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER . <input type="text"/> <input type="text"/>	NEXT-TO-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER . <input type="text"/> <input type="text"/>	SECOND-FROM-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER . <input type="text"/> <input type="text"/>	THIRD-FROM-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER . <input type="text"/> <input type="text"/>	FOURTH-FROM-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER . <input type="text"/> <input type="text"/>
557	FROM 212 AND 216	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> ↓ (GO TO 565)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> ↓ (GO TO 565)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> ↓ (GO TO 565)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> ↓ (GO TO 565)	NAME _____ LIVING <input type="checkbox"/> DEAD <input type="checkbox"/> ↓ (GO TO 565)
558	पिछले 12 महीनों के दौरान, क्या (NAME) को आंगनवाड़ी या आई.सी.डी.एस. केन्द्र से कोई लाभ मिला है? IF NO, PROBE: कोई लाभ जैसे अनुपूरक आहार, बढ़त संबंधी निगरानी, टीकाकरण स्वास्थ्य संबंधी जांच या शिक्षा? During the last 12 months, has (NAME) received any benefits from the anganwadi or ICDS centre? IF NO, PROBE: Any benefits such as supplementary food, growth monitoring, immunizations, health check-ups or education?	YES 1 NO 2 (GO TO 565) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 565) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 565) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 565) ←	YES 1 NO 2 (GO TO 565) ←
559	पिछले 12 महीनों में, (NAME) को प्रायः कितनी बार आंगनवाड़ी/आई.सी.डी.एस. केन्द्र से खाद्य पदार्थ मिला? In the last 12 months, how often has (NAME) received food from the anganwadi/ICDS centre? IF CHILD RECEIVES TAKE-HOME RATIONS FOR DAILY CONSUMPTION WEEKLY OR MONTHLY, CODE '1'.	NOT AT ALL 0 ALMOST DAILY . 1 AT LEAST ONCE A WEEK 2 AT LEAST ONCE A MONTH 3 LESS OFTEN ... 4 DON'T KNOW ... 8	NOT AT ALL 0 ALMOST DAILY . 1 AT LEAST ONCE A WEEK 2 AT LEAST ONCE A MONTH 3 LESS OFTEN ... 4 DON'T KNOW ... 8	NOT AT ALL 0 ALMOST DAILY . 1 AT LEAST ONCE A WEEK 2 AT LEAST ONCE A MONTH 3 LESS OFTEN ... 4 DON'T KNOW ... 8	NOT AT ALL 0 ALMOST DAILY . 1 AT LEAST ONCE A WEEK 2 AT LEAST ONCE A MONTH 3 LESS OFTEN ... 4 DON'T KNOW ... 8	NOT AT ALL 0 ALMOST DAILY . 1 AT LEAST ONCE A WEEK 2 AT LEAST ONCE A MONTH 3 LESS OFTEN ... 4 DON'T KNOW ... 8
560	पिछले 12 महीनों में आंगनवाड़ी/आई.सी.डी.एस. केन्द्र से प्रायः कितनी बार (NAME) के स्वास्थ्य की जांच की गई? In the last 12 months, how often has (NAME) had a health check-up from the anganwadi/ICDS centre?	NOT AT ALL 0 AT LEAST ONCE A MONTH 1 LESS OFTEN ... 2 DON'T KNOW ... 8	NOT AT ALL 0 AT LEAST ONCE A MONTH 1 LESS OFTEN ... 2 DON'T KNOW ... 8	NOT AT ALL 0 AT LEAST ONCE A MONTH 1 LESS OFTEN ... 2 DON'T KNOW ... 8	NOT AT ALL 0 AT LEAST ONCE A MONTH 1 LESS OFTEN ... 2 DON'T KNOW ... 8	NOT AT ALL 0 AT LEAST ONCE A MONTH 1 LESS OFTEN ... 2 DON'T KNOW ... 8
561	पिछले 12 महीनों में, क्या (NAME) को आंगनवाड़ी/आई.सी.डी.एस. केन्द्र के माध्यम से कोई टीकाकरण किया गया? In the last 12 months, has (NAME) received any immunizations through the anganwadi/ICDS centre?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW ... 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW ... 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW ... 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW ... 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW ... 8

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

	NAME FROM 212	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____	SECOND-FROM-LAST BIRTH NAME _____	THIRD-FROM-LAST BIRTH NAME _____	FOURTH-FROM-LAST BIRTH NAME _____
567	जब आप (NAME) को स्तनपान करा रही थी तो क्या उस समय आंगनवाड़ी/आई.सी.डी.एस. केन्द्र से आपको कोई लाभ मिले थे? When you were breastfeeding (NAME) did you receive any benefits from the anganwadi/ICDS centre?	YES 1 NO 2 (GO TO 569) ← DID NOT BREASTFEED .. 3	YES 1 NO 2 (GO TO 569) ← DID NOT BREASTFEED .. 3	YES 1 NO 2 (GO TO 569) ← DID NOT BREASTFEED .. 3	YES 1 NO 2 (GO TO 569) ← DID NOT BREASTFEED .. 3	YES 1 NO 2 (GO TO 569) ← DID NOT BREASTFEED .. 3
568	क्या आपको इनमें से कोई लाभ मिला: Did you receive any of the following benefits: a. अनुपूरक आहार? Supplementary food? b. स्वास्थ्य की जांच? Health check-ups? c. स्वास्थ्य और पोषण संबंधी शिक्षा? Health and nutrition education?	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2	YES NO a. 1 2 b. 1 2 c. 1 2
569		GO TO 557 IN NEXT COLUMN; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 601.	GO TO 557 IN NEXT COLUMN; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 601.	GO TO 557 IN NEXT COLUMN; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 601.	GO TO 557 IN NEXT COLUMN; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 601.	GO TO 557 IN FIRST COLUMN OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRE; OR IF NO MORE BIRTHS, GO TO 601.

SECTION 6. FERTILITY PREFERENCES

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
601	CHECK 301: NEVER MARRIED <input type="checkbox"/> _____ OTHER <input type="checkbox"/> ↓		615
602	CHECK 330/330A: WOMAN OR MAN STERILIZED <input type="checkbox"/> _____ OTHER <input type="checkbox"/> ↓		615
603	CHECK 250 AND 253: HAS HAD A <input type="checkbox"/> _____ HYSTERECTOMY HAS NOT HAD <input type="checkbox"/> _____ A HYSTERECTOMY ↓		615
604	CHECK 226: PREGNANT <input type="checkbox"/> ↓ NOT PREGNANT OR UNSURE <input type="checkbox"/> _____		606
605	अब मैं भविष्य के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी। अभी आपको जो बच्चा होने वाला है, उसके बाद क्या आप और बच्चा चाहेंगी या आप और बच्चा नहीं चाहेंगी? Now I have some questions about the future. After the child you are expecting now, would you like to have another child, or would you prefer not to have any more children?	HAVE ANOTHER CHILD 1 NO MORE 2 UNDECIDED/DON'T KNOW 8	607 613
606	अब मैं भविष्य के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूंगी। क्या आप (और) बच्चा चाहेंगी या आप कोई (और) बच्चा नहीं चाहेंगी? Now I have some questions about the future. Would you like to have (a/another) child, or would you prefer not to have any (more) children?	HAVE (A/ANOTHER) CHILD 1 NO MORE/NONE 2 SAYS SHE CAN'T GET PREGNANT ... 3 UNDECIDED/DON'T KNOW 8	609 615 612
607	CHECK 226: NOT PREGNANT <input type="checkbox"/> ↓ OR UNSURE PREGNANT <input type="checkbox"/> ↓ a. आप अब से लेकर और कितने समय तक (अगला) बच्चा होने का इंतजार करना चाहेंगी? How long would you like to wait from now before the birth of (a/another) child? b. अभी आपको जो बच्चा होने वाला है उसके बाद अगला बच्चा पैदा होने तक आप कितने समय तक इंतजार करना चाहेंगी? After the birth of the child you are expecting now, how long would you like to wait before the birth of another child?	MONTHS 1 YEARS 2 SOON/NOW 993 SAYS SHE CAN'T GET PREGNANT 994 OTHER 996 (SPECIFY) DON'T KNOW 998	609 615 609
608	CHECK 226: NOT PREGNANT <input type="checkbox"/> ↓ OR UNSURE PREGNANT <input type="checkbox"/> _____		613
609	CHECK 329: USING A CONTRACEPTIVE METHOD? NOT ASKED <input type="checkbox"/> ↓ NOT CURRENTLY USING <input type="checkbox"/> ↓ CURRENTLY USING <input type="checkbox"/> _____		615
610	CHECK 607: NOT ASKED <input type="checkbox"/> ↓ 24 OR MORE MONTHS <input type="checkbox"/> ↓ OR 02 OR MORE YEARS 00-23 MONTHS <input type="checkbox"/> OR 00-01 YEAR _____		614

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
611	<p>CHECK 605 AND 606:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>WANTS TO HAVE A/ANOTHER CHILD <input type="checkbox"/></p> <p>a. आपने कहा है कि आपको जल्दी (और) बच्चा नहीं चाहिए लेकिन गर्भधारण टालने के लिए आप किसी विधि का इस्तेमाल नहीं कर रही हैं। क्या आप बता सकती हैं कि आप विधि का इस्तेमाल क्यों नहीं कर रही हैं? PROBE: कोई अन्य कारण?</p> <p>You have said that you do not want (a/another) child soon, but you are not using any method to avoid pregnancy. Can you tell me why you are not using a method?</p> <p>PROBE: Any other reason?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>WANTS NO MORE/ NONE <input type="checkbox"/></p> <p>b. आपने कहा है कि आपको कोई (और) बच्चे नहीं चाहिए लेकिन गर्भधारण टालने के लिए आप किसी विधि का इस्तेमाल नहीं कर रही हैं। क्या आप बता सकती हैं कि आप विधि का इस्तेमाल क्यों नहीं कर रही हैं? PROBE: कोई अन्य कारण?</p> <p>You have said that you do not want any (more) children, but you are not using any method to avoid pregnancy. Can you tell me why you are not using a method?</p> <p>PROBE: Any other reason?</p> </div> </div> <p>RECORD ALL REASONS MENTIONED.</p>	<p>NOT CURRENTLY MARRIED A</p> <p>FERTILITY-RELATED REASONS</p> <p>NOT HAVING SEX B</p> <p>INFREQUENT SEX C</p> <p>MENOPAUSAL D</p> <p>HYSTERECTOMY E</p> <p>CAN'T GET PREGNANT F</p> <p>NOT MENSTRUATED SINCE LAST BIRTH G</p> <p>BREASTFEEDING H</p> <p>FATALISTIC/UP TO GOD I</p> <p>OPPOSITION TO USE</p> <p>RESPONDENT OPPOSED J</p> <p>HUSBAND OPPOSED K</p> <p>OTHERS OPPOSED L</p> <p>RELIGIOUS PROHIBITION M</p> <p>LACK OF KNOWLEDGE</p> <p>KNOWS NO METHOD N</p> <p>KNOWS NO SOURCE O</p> <p>METHOD-RELATED REASONS</p> <p>FEAR OF SIDE EFFECTS/ HEALTH CONCERNS P</p> <p>LACK OF ACCESS/TOO FAR Q</p> <p>COSTS TOO MUCH R</p> <p>INCONVENIENT TO USE S</p> <p>INTERFERES WITH BODY'S NORMAL PROCESSES T</p> <p>DON'T LIKE EXISTING METHODS U</p> <p>OTHER X (SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW Z</p>	
612	<p>CHECK 329: USING A CONTRACEPTIVE METHOD?</p> <p>NOT ASKED <input type="checkbox"/> NO, NOT CURRENTLY USING <input type="checkbox"/> YES, CURRENTLY USING <input type="checkbox"/></p>		615
613	<p>क्या आप सोचती हैं कि गर्भधारण टालने या रोकने के लिए आप अगले 12 महीनों में किसी गर्भ-निरोधक विधि का इस्तेमाल करेंगी? Do you think you will use a contraceptive method to delay or avoid pregnancy in the next 12 months?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	615
614	<p>क्या आप सोचती हैं कि गर्भधारण टालने या रोकने के लिए आप भविष्य में किसी भी समय किसी गर्भ-निरोधक विधि का इस्तेमाल करेंगी? Do you think you will use a contraceptive method to delay or avoid pregnancy at any time in the future?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>	
615	<p>CHECK 216:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>HAS LIVING CHILDREN <input type="checkbox"/></p> <p>a. यदि आप उस समय में लौट सकें जब आपको कोई बच्चा नहीं था और आप अपने पूरे जीवन में होने वाले बच्चों की कुल संख्या को चुन सकतीं, तो वे कितने बच्चे होते? If you could go back to the time you did not have any children and could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many would that be?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NO LIVING CHILDREN <input type="checkbox"/></p> <p>b. यदि आप अपने पूरे जीवन में होने वाले बच्चों की कुल संख्या को चुन सकतीं, तो वे कितने बच्चे होते? If you could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many would that be?</p> </div> </div> <p>PROBE FOR A NUMERIC RESPONSE.</p>	<p>NONE 00</p> <p>NUMBER <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTHER 96 (SPECIFY)</p>	<p>617</p> <p>617</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP							
616	<p>इन बच्चों में से आप कितनों का लड़का होना पसंद करतीं कितनों का लड़की होना पसंद करतीं और कितने बच्चों के मामले में लड़का-लड़की होने से कोई फर्क नहीं पड़ता?</p> <p>How many of these children would you like to be boys, how many would you like to be girls and for how many would it not matter if it's a boy or a girl?</p>	<p>BOYS GIRLS EITHER</p> <table border="1"> <tr> <td>NUMBER</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>OTHER _____ 96</p> <p>(SPECIFY)</p>	NUMBER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NUMBER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
617	<p>पिछले कुछ महीनों में क्या आपने:</p> <p>In the last few months have you:</p> <p>a. परिवार नियोजन के बारे में रेडियो पर कुछ सुना है? Heard about family planning on the radio?</p> <p>b. टेलीवीजन पर परिवार नियोजन के बारे में कुछ देखा है? Seen anything about family planning on the television?</p> <p>c. समाचारपत्र या पत्रिका में परिवार नियोजन के बारे में कुछ पढ़ा है? Read about family planning in a newspaper or magazine?</p> <p>d. दीवारों या होर्डिंग पर परिवार नियोजन के बारे में कुछ देखा है? Seen anything about family planning on a wall painting or hoarding?</p> <p>e. परिवार नियोजन के बारे में इंटरनेट पर कुछ देखा है? Seen anything about family planning on the internet?</p>	<p>YES NO</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TELEVISION 1 2</p> <p>NEWSPAPER OR MAGAZINE 1 2</p> <p>WALL PAINTING OR HOARDING . 1 2</p> <p>INTERNET 1 2</p>								
618	<p>CHECK 301:</p> <p>CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/></p>		624							
619	<p>CHECK 330/330A: USING A CONTRACEPTIVE METHOD?</p> <p>ANY CODE CIRCLED <input type="checkbox"/></p> <p>NO CODE CIRCLED <input type="checkbox"/></p>		623							
620	<p>क्या आप यह कहेंगी कि गर्भ-निरोधक के इस्तेमाल करने का निर्णय - मुख्य रूप से आपका है, मुख्य रूप से आपके पति का है या आप दोनों ने मिलकर निर्णय लिया है?</p> <p>Would you say that using contraception is mainly your decision, mainly your husband's decision, or did you both decide together?</p>	<p>MAINLY RESPONDENT 1</p> <p>MAINLY HUSBAND 2</p> <p>JOINT DECISION 3</p> <p>OTHER 6</p>								
621	<p>CHECK 330/330A:</p> <p>WOMAN OR MAN STERILIZED <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/></p>		624							
622	<p>CHECK 250 AND 253:</p> <p>HAS HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/></p> <p>HAS NOT HAD A HYSTERECTOMY <input type="checkbox"/></p>		624							

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES				SKIP																				
623	<p>क्या आपके पति उतने ही बच्चे चाहते हैं जितना, आप चाहती हैं या वे उससे ज्यादा या कम बच्चे चाहते हैं?</p> <p>Does your husband want the same number of children that you want, or does he want more or fewer than you want?</p>	<p>SAME NUMBER 1</p> <p>MORE CHILDREN 2</p> <p>FEWER CHILDREN 3</p> <p>DON'T KNOW 8</p>																								
624	<p>पति और पत्नी हमेशा सभी चीजों पर सहमत नहीं होते हैं। कृपया मुझे बताएं यदि आप यह सोचती हैं कि पत्नी द्वारा पति को संभोग के लिए मना करना उचित है जब:</p> <p>Husbands and wives do not always agree on everything. Please tell me if you think a wife is justified in refusing to have sex with her husband when:</p> <p>a. वह जानती है कि उसके पति को यौन संबंधों से फैलने वाला रोग है। She knows her husband has a sexually transmitted disease.</p> <p>b. वह जानती है कि उसके पति का दूसरी महिलाओं के साथ यौन संबंध है। She knows her husband has sex with other women.</p> <p>c. वह थकी हुई है या उसका संभोग के लिए मन (मूड) नहीं है। She is tired or not in the mood.</p>	<table><thead><tr><th></th><th>YES</th><th colspan="3">DON'T NO KNOW</th></tr></thead><tbody><tr><td>HAS STD</td><td>1</td><td>2</td><td colspan="2">8</td></tr><tr><td>OTHER WOMEN</td><td>1</td><td>2</td><td colspan="2">8</td></tr><tr><td>TIRED/NOT IN MOOD</td><td>1</td><td>2</td><td colspan="2">8</td></tr></tbody></table>					YES	DON'T NO KNOW			HAS STD	1	2	8		OTHER WOMEN	1	2	8		TIRED/NOT IN MOOD	1	2	8		
	YES	DON'T NO KNOW																								
HAS STD	1	2	8																							
OTHER WOMEN	1	2	8																							
TIRED/NOT IN MOOD	1	2	8																							

SECTION 7. OTHER HEALTH ISSUES

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																				
701	<p>अब मैं आपसे आप ही के लिए चिकित्सा संबंधी देखभाल के बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। कई विभिन्न कारण हो सकते हैं जो महिलाओं को अपने लिए डॉक्टरी सलाह लेने या इलाज कराने से रोक सकते हैं। जब आप बीमार होती हैं और डॉक्टरी सलाह लेना या इलाज कराना चाहती हैं, तो इनमें से प्रत्येक क्या आपके लिए बड़ी समस्या है, छोटी समस्या है, या आपके लिए यह समस्या नहीं है?</p> <p>Now I would like to ask you some questions about medical care for you yourself. Many different factors can prevent women from getting medical advice or treatment for themselves. When you are sick and want to get medical advice or treatment, is each of the following a big problem, a small problem, or no problem?</p> <p>a. जाने के लिए अनुमति लेना? Getting permission to go?</p> <p>b. इलाज के लिए पैसा लेना? Getting money needed for treatment?</p> <p>c. स्वास्थ्य सुविधा तक की दूरी? The distance to the health facility?</p> <p>d. आने जाने के लिए साधन लेना? Having to take transport?</p> <p>e. अपने साथ जाने के लिए किसी को ढूँढना? Finding someone to go with you?</p> <p>f. चिंता कि वहाँ पर कोई महिला स्वास्थ्य प्रदानकर्ता नहीं होंगी? Concern that there may not be a female healthcare provider?</p> <p>g. चिंता कि वहाँ पर कोई स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता ही नहीं होंगे? Concern that there may not be any healthcare provider?</p> <p>h. चिंता कि वहाँ पर दवाईयाँ उपलब्ध नहीं होंगी? Concern that there may be no drugs available?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>BIG PROB- LEM</th><th>SMALL PROB- LEM</th><th>NO PROB- LEM</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>GETTING MONEY</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>DISTANCE</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>TAKING TRANSPORT</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>FINDING SOMEONE</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NO FEMALE PROVIDER</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NO PROVIDER</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NO DRUGS</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		BIG PROB- LEM	SMALL PROB- LEM	NO PROB- LEM	PERMISSION	1	2	3	GETTING MONEY	1	2	3	DISTANCE	1	2	3	TAKING TRANSPORT	1	2	3	FINDING SOMEONE	1	2	3	NO FEMALE PROVIDER	1	2	3	NO PROVIDER	1	2	3	NO DRUGS	1	2	3	
	BIG PROB- LEM	SMALL PROB- LEM	NO PROB- LEM																																				
PERMISSION	1	2	3																																				
GETTING MONEY	1	2	3																																				
DISTANCE	1	2	3																																				
TAKING TRANSPORT	1	2	3																																				
FINDING SOMEONE	1	2	3																																				
NO FEMALE PROVIDER	1	2	3																																				
NO PROVIDER	1	2	3																																				
NO DRUGS	1	2	3																																				
702	<p>अब मैं आपके द्वारा पिछले 12 महीनों में लिए गए किसी इंजेक्शन के बारे में आपसे कुछ प्रश्न पूछना चाहूँगी। क्या पिछले 12 महीनों में आपने किसी कारण से इंजेक्शन लगवाया था?</p> <p>IF YES: आपने कितने इंजेक्शन लगवाये थे?</p> <p>Now I would like to ask you some other questions relating to health matters. Have you had an injection for any reason in the last 12 months?</p> <p>IF YES, How many injections have you had?</p> <p>IF NUMBER OF INJECTIONS IS GREATER THAN 90, OR DAILY FOR 3 MONTHS OR MORE, RECORD '90'. IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE.</p>	<p>NUMBER OF INJECTIONS</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> <p>NONE 00</p>			→ 704																																		
703	<p>जब आपने पिछली बार इंजेक्शन लिया था तो क्या केवल एक ही बार प्रयोग में ली जाने वाली सिरिज और सुई का इस्तेमाल किया गया था?</p> <p>The last time you got an injection, were the syringe and needle taken from a new, unopened package?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>																																					
704	<p>क्या आपको कभी खून चढ़ाया गया है?</p> <p>Have you ever had a blood transfusion?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>																																					
705	<p>आजकल क्या आप सिगरेट हर दिन पीती हैं, या कुछ दिन पीती हैं, या बिल्कुल नहीं पीती?</p> <p>Do you currently smoke cigarettes every day, some days, or not at all?</p>	<p>EVERY DAY 1</p> <p>SOME DAYS 2</p> <p>NOT AT ALL 3</p>	→ 708																																				
706	<p>औसतन, आजकल आप प्रत्येक दिन में कितने सिगरेट पीते हैं?</p> <p>On average, how many cigarettes do you currently smoke each day?</p>	<p>CIGARETTES</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>																																					
707	<p>आप कब से नियमित रूप से सिगरेट पी रही हैं?</p> <p>For how long have you been smoking cigarettes regularly?</p> <p>IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS;</p> <p>IF LESS THAN 2 YEARS, RECORD MONTHS.</p> <p>IF 2 OR MORE YEARS, RECORD YEARS.</p>	<p>WEEKS 1</p> <p>MONTHS 2</p> <p>YEARS 3</p> <p>NEVER SMOKED REGULARLY 995</p>																																					
708	<p>आजकल क्या आप बीड़ी हर दिन पीती हैं, या कुछ दिन पीती हैं, या बिल्कुल नहीं पीती?</p> <p>Do you currently smoke bidis every day, some days, or not at all?</p>	<p>EVERY DAY 1</p> <p>SOME DAYS 2</p> <p>NOT AT ALL 3</p>	→ 711																																				

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
709	औसतन, आजकल आप प्रत्येक दिन में कितनी बीड़ी पीते हैं ? On average, how many bidis do you currently smoke each day?	BIDIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
710	आप कब से नियमित रूप से बीड़ी पी रही हैं ? For how long have you been smoking bidis regularly? IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS; IF LESS THAN 2 YEARS, RECORD MONTHS. IF 2 OR MORE YEARS, RECORD YEARS.	WEEKS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NEVER SMOKED REGULARLY 995	
711	क्या आजकल आप किसी अन्य प्रकार से तम्बाकू पीती या सेवन करती हैं ? Do you currently smoke or use tobacco in any other form?	YES 1 NO 2	→ 715
712	आजकल आप किस अन्य प्रकार से तम्बाकू पीती या सेवन करती हैं ? किसी अन्य प्रकार से ? In what other form do you currently smoke or use tobacco? Any other form? RECORD ALL MENTIONED.	CIGAR A PIPE B HOOKAH C GUTKA / PAAN MASALA WITH TOBACCO D KHAINI E PAAN WITH TOBACCO F OTHER CHEWING TOBACCO G SNUFF H OTHER X (SPECIFY)	
712A	CHECK 712: ANY CODE 'D' THROUGH 'H' <input type="text"/> OTHER <input type="text"/>		→ 715
713	कितनी बार आप धूम्रपान रहित तम्बाकू का उपयोग करते हैं: लगभग हर दिन, सप्ताह में एक बार या सप्ताह में एक बार से भी कम समय ? How often do you use smokeless tobacco: almost every day, about once a week or less than once a week?	ALMOST EVERY DAY 1 ABOUT ONCE A WEEK 2 LESS THAN ONCE A WEEK 3	
714	आप कब से नियमित रूप से धूम्रपान रहित तम्बाकू का इस्तेमाल कर रही हैं ? For how long have you been using smokeless tobacco regularly? IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS; IF LESS THAN 2 YEARS, RECORD MONTHS. IF 2 OR MORE YEARS, RECORD YEARS.	WEEKS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NEVER USED REGULARLY 995	
715	CHECK 705, 708, AND 711: CURRENTLY SMOKES OR USES TOBACCO 705 OR 708=1 OR 2, <input type="text"/> OTHER <input type="text"/> OR 711=1		→ 719
716	क या आपने पिछले 12 महीनों के दौरान कभी भी, धूम्रपान छोड़ने या किसी भी रूप में तम्बाकू का सेवन न करने का प्रयास किया है ? During the last 12 months, have you ever tried to stop smoking or using tobacco in any other form?	YES 1 NO 2	
717	पिछले 12 महीनों में क या आपने किसी चिकित्सक अथवा अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता से मिली है ? In the last 12 months, have you visited a doctor or other health care provider?	YES 1 NO 2	→ 719

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
718	इन मुलाकातों के दौरान, क्या आपको धूम्रपान छोड़ने या किसी भी रूप में तम्बाकू का सेवन न करने का सुझाव मिला? During any of these visits, were you advised to quit smoking or using tobacco in any other form?	YES 1 NO 2	
719	पिछले 30 दिनों में, (आपके अलावा) किसी ने आपके घर में अथवा कहीं अन्य स्थान पर धूम्रपान किया जब आप उपस्थित थीं? In the last 30 days, did someone (other than you) smoke in your home or anywhere else when you were present?	YES 1 NO 2	
720	क्या आप शराब पीती हैं? Do you drink alcohol?	YES 1 NO 2	→ 724
721	प्रायः आप कितनी बार शराब पीती हैं: लगभग हर दिन, लगभग हफ्ते में एक बार या हफ्ते में एक बार से कम? How often do you drink alcohol: almost every day, about once a week or less than once a week?	ALMOST EVERY DAY 1 ABOUT ONCE A WEEK 2 LESS THAN ONCE A WEEK 3	
722	प्रायः आप किस प्रकार की शराब का सेवन करते हैं? What type of alcohol do you usually drink? RECORD ALL MENTIONED.	TADI MADI A COUNTRY LIQUOR B BEER C WINE D HARD LIQUOR E OTHER X (SPECIFY)	
723	आप कब से नियमित रूप से शराब पी रही हैं? For how long have you been drinking alcohol regularly? IF LESS THAN 1 MONTH, RECORD WEEKS. IF LESS THAN 2 YEARS, RECORD MONTHS. IF 2 OR MORE YEARS, RECORD YEARS.	WEEKS 1 MONTHS 2 YEARS 3 NEVER DRANK ALCOHOL REGULARLY 995	
724	क्या आपने कभी ऐसी बीमारी के बारे में सुना है जिसे तपेदिक या टी बी कहते हैं? Have you ever heard of an illness called tuberculosis or TB?	YES 1 NO 2	→ 728
725	तपेदिक [टी बी] एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को किस प्रकार फैलता है? PROBE: किसी अन्य तरह से? How does tuberculosis spread from one person to another? PROBE: Any other ways? RECORD ALL MENTIONED.	THROUGH THE AIR WHEN COUGHING OR SNEEZING A THROUGH SHARING UTENSILS B THROUGH TOUCHING A PERSON WITH TB C THROUGH FOOD D THROUGH SEXUAL CONTACT E THROUGH MOSQUITO BITES F OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z	
726	क्या तपेदिक [टी बी] को ठीक किया जा सकता है? Can tuberculosis be cured?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
727	यदि आपके परिवार के किसी सदस्य को तपेदिक [टी बी] हो जाता है तो क्या आप इसे गुप्त रखना चाहेंगी या नहीं? If a member of your family got tuberculosis, would you want it to remain a secret or not?	YES, REMAIN A SECRET 1 NO 2 DON'T KNOW/NOT SURE/ DEPENDS 8	

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

SECTION 8. SEXUAL LIFE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
801	<p>CHECK 315 AND 316:</p> <p>HAS NOT HAD SEXUAL INTERCOURSE (315 = '2' OR 316 = '00') <input type="checkbox"/></p> <p>HAS HAD SEXUAL INTERCOURSE <input type="checkbox"/></p>		819
802	<p>CHECK FOR THE PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY. READ TO RESPONDENTS:</p> <p>अब मैं आपसे संबंधों और लैंगिक जीवन के बारे में कुछ और सवाल पूछना चाहूंगी। मैं आपको फिर से विश्वास दिलाती हूँ कि आपके उत्तर पूरी तरह से गोपनीय रखे जायेंगे और किसी को नहीं बताये जायेंगे। अगर आप किसी प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहते तो मुझे बताये, मैं अगले प्रश्न पर चली जाऊंगी।</p> <p>Now I need to ask you some more questions about relationships and sexual life. Once again, let me assure you that your answers are completely confidential. If we should come to any question that you don't want to answer, just let me know and I will skip to the next question.</p>		
803	<p>CHECK 103:</p> <p>15-24 YEARS OLD <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 YEARS OLD <input type="checkbox"/></p>		805
804	<p>जब आपने पहली बार संभोग किया तो क्या कंडोम [निरोध] का इस्तेमाल किया गया था?</p> <p>The first time you had sexual intercourse, was a condom used?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW/DON'T REMEMBER ... 8</p>	
805	<p>मैं आपसे आपकी हाल की यौन गतिविधि के बारे में पूछना चाहूंगी। आपने आखिरी बार संभोग कब किया था?</p> <p>I would like to ask you about your recent sexual activity. When was the last time you had sexual intercourse?</p> <p>IF LESS THAN 12 MONTHS, ANSWER MUST BE RECORDED IN DAYS, WEEKS, OR MONTHS.</p> <p>IF 12 MONTHS OR MORE, ANSWER MUST BE RECORDED IN YEARS.</p>	<p>DAYS AGO 1</p> <p>WEEKS AGO 2</p> <p>MONTHS AGO 3</p> <p>YEARS AGO 4</p>	<p>807</p> <p>818</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SEXUAL PARTNER	SECOND-TO-LAST SEXUAL PARTNER																																																
806	आपने इस अन्य व्यक्ति के साथ आखिरी बार संभोग कब किया था? When was the last time you had sexual intercourse with this person?		DAYS AGO 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> WEEKS AGO 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MONTHS AGO 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																
807	आपने आखिरी बार जब (इस अन्य व्यक्ति के साथ) संभोग किया, तो क्या निरोध का इस्तेमाल किया गया था? The last time you had sexual intercourse (with this other person), was a condom used?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 809) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 809) ←																																																
808	पिछले 12 महीनों में इस व्यक्ति के साथ संभोग करते समय प्रत्येक बार क्या आपने कंडोम [निरोध] का इस्तेमाल किया था? Was a condom used every time you had sexual intercourse with this person in the last 12 months?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2																																																
809	इस व्यक्ति का आपसे क्या संबंध था? What was your relationship to this person with whom you had sexual intercourse?	HUSBAND 01 LIVE-IN PARTNER 02 BOYFRIEND NOT LIVING WITH RESPONDENT 03 OTHER FRIEND 04 RELATIVE 05 CASUAL ACQUAINTANCE 06 SEX WORKER/CLIENT 07 OTHER 96 (SPECIFY) (SKIP TO 812) ←	HUSBAND 01 LIVE-IN PARTNER 02 BOYFRIEND NOT LIVING WITH RESPONDENT 03 OTHER FRIEND 04 RELATIVE 05 CASUAL ACQUAINTANCE 06 SEX WORKER/CLIENT 07 OTHER 96 (SPECIFY) (SKIP TO 812) ←																																																
810	CHECK 307:	MARRIED ONLY ONCE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> MARRIED MORE THAN ONCE (SKIP TO 812) ←		MARRIED ONLY ONCE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> MARRIED MORE THAN ONCE (SKIP TO 812) ←																																															
811	CHECK 316:	FIRST TIME WHEN STARTED LIVING WITH FIRST HUSBAND <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> OTHER <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> (SKIP TO 813)			FIRST TIME WHEN STARTED LIVING WITH FIRST HUSBAND <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> OTHER <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> (SKIP TO 813)																																														
812	कितने समय पहले आपने अपना पहला संभोग (पिछले से पहले वाले) इस साथी के साथ किया? How long ago did you first have sexual intercourse with this (second-to-last) person?	DAYS AGO 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> WEEKS AGO 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MONTHS AGO 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> YEARS AGO 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																									DAYS AGO 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> WEEKS AGO 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MONTHS AGO 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> YEARS AGO 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																								

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST SEXUAL PARTNER	SECOND-TO-LAST SEXUAL PARTNER
813	<p>पिछले 12 महीनों में, आपने इस व्यक्ति के साथ कितनी बार संभोग किया?</p> <p>How many times during the last 12 months did you have sexual intercourse with this person?</p> <p>IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE.</p> <p>IF NUMBER OF TIMES IS 95 OR MORE, WRITE '95'.</p>	<p>NUMBER OF TIMES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF TIMES <input type="text"/> <input type="text"/></p>
814	CHECK 103:	<p>AGE 15-24 <input type="text"/> AGE 25-49 <input type="text"/></p> <p>(SKIP TO 816) ←</p>	<p>AGE 15-24 <input type="text"/> AGE 25-49 <input type="text"/></p> <p>(SKIP TO 817) ←</p>
815	<p>इस व्यक्ति की उम्र कितनी है?</p> <p>How old is this person?</p>	<p>AGE OF PARTNER <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>	<p>AGE OF PARTNER <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>
816	<p>इस व्यक्ति के अलावा, क्या पिछले 12 महीनों में आपने किसी अन्य व्यक्ति के साथ संभोग किया है?</p> <p>Apart from this person, have you had sexual intercourse with any other person in the last 12 months?</p>	<p>YES 1</p> <p>(GO BACK TO 806 IN NEXT COLUMN) ←</p> <p>NO 2</p> <p>(SKIP TO 818) ←</p>	
817	<p>पिछले 12 महीनों में कुल मिलाकर आपने कितने व्यक्तियों के साथ संभोग किया है?</p> <p>In total, with how many different people have you had sexual intercourse in the last 12 months?</p> <p>IF NON-NUMERIC, PROBE TO GET AN ESTIMATE.</p> <p>IF NUMBER OF PARTNERS IS 95 OR MORE, WRITE '95'.</p>		<p>NUM. OF PARTNERS IN LAST 12 MONTHS . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
822	यदि आप चाहती हैं तो क्या आप स्वयं निरोध प्राप्त कर सकती हैं? If you wanted to, could you yourself get a condom?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW/UNSURE 8	
823	CHECK 330 AND 807 : 330 = CODE 'F' OR 807 = YES IN EITHER COLUMN	OTHER	→ 901
824	पिछली बार आपने कंडोम या निरोध कहाँ से लिया था? From where did you obtain the condom last time?	PUBLIC HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... 11 AYUSH AYURVEDA 12 YOGA AND NATUROPATHY ... 13 UNANI 14 SIDDHA 15 HOMEOPATHY 16 SOWA RIGPA (TTM) 17 OTHER 18 (SPECIFY) GOVT. DISPENSARY 19 UHC/UHP/UFWC 20 CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC 21 PHC/ADDITIONAL PHC 22 SUB-CENTRE/ANM 23 GOVT. MOBILE CLINIC 24 CAMP 25 ANGANWADI/ICDS CENTRE 26 ASHA 27 OTHER COMMUNITY BASED WORKER 28 OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR 29 (SPECIFY) NGO OR TRUST HOSPITAL/ CLINIC 31 PRIVATE HEALTH SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ DOCTOR 41 PRIVATE PARAMEDIC 42 PVT. MOBILE CLINIC 43 AYUSH AYURVEDA 44 YOGA AND NATUROPATHY ... 45 UNANI 46 SIDDHA 47 HOMEOPATHY 48 SOWA RIGPA (TTM) 49 OTHER 50 (SPECIFY) TRADITIONAL HEALER 61 PHARMACY/DRUGSTORE 62 DAI (TBA) 63 OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR 64 (SPECIFY) OTHER SOURCE RATION SHOP 71 OTHER SHOP 72 VENDING MACHINE 73 FRIEND/RELATIVE 74 OTHER 96 (SPECIFY) DON'T KNOW 98	

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
901	<p>CHECK 301: NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED</p> <p>CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 911</p> <p>→ 903</p>
902	<p>आपके पति की उनके पिछले जन्मदिन पर आयु क्या थी?</p> <p>How old was your husband on his last birthday?</p>	AGE IN COMPLETED YEARS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	<p>क्या आपके (पिछले) पति कभी स्कूल गए हैं/थे?</p> <p>Did your (last) husband ever attend school?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 905
904	<p>उन्होंने कौन-सा उच्चतम दर्जा पास किया था?</p> <p>What was the highest grade he completed?</p>	<p>GRADE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DON'T KNOW 98</p>	
905	<p>CHECK 901:</p> <p>CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/></p> <p>a. आपके पति का व्यवसाय क्या है? अर्थात् मुख्य रूप से वे किस प्रकार का काम करते हैं?</p> <p>What is your husband's occupation? That is, what kind of work does he mainly do?</p> <p>b. आपके (पिछले) पति का व्यवसाय क्या था? अर्थात् मुख्य रूप से वे किस प्रकार का काम करते थे?</p> <p>What was your (last) husband's occupation? That is, what kind of work did he mainly do?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
906	<p>CHECK 901:</p> <p>CURRENTLY MARRIED <input type="checkbox"/></p>	OTHER <input type="checkbox"/>	→ 913
907	<p>क्या पिछले 7 दिनों में आपके पति ने कोई कार्य किया है?</p> <p>Has your husband done any work in the last 7 days?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 909
908	<p>क्या पिछले 12 महीनों में आपके पति ने कोई कार्य किया है?</p> <p>Has your husband done any work in the last 12 months?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	
909	<p>पिछले 12 महीनों में क्या आपके पति लगातार एक महीने या उससे अधिक समय के लिए घर से बाहर रहे हैं?</p> <p>In the last 12 months, has your husband been away from home for one month or more at a time?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 911
910	<p>पिछले 12 महीनों में क्या आपके पति लगातार 6 महीने या उससे अधिक समय के लिए घर से बाहर रहे हैं?</p> <p>In the last 12 months, has your husband been away from home for six months or more at a time?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	
911	<p>आपके अपने घरेलू काम के अलावा, क्या पिछले सात दिनों में आपने कोई काम किया है?</p> <p>Aside from your own housework, have you done any work in the last seven days?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 915
912	<p>जैसा कि आप जानती हैं, कुछ महिलाएं ऐसे काम करती हैं जिनके लिए उन्हें नगद या किसी चीज के रूप में भुगतान दिया जाता है, अन्य महिलाएं सामान बेचती हैं, छोटा व्यापार करती हैं, अथवा घर की खेती या घर के व्यापार में हाथ बंटाती हैं। पिछले सात दिनों में, क्या आपने इनमें से कोई काम या कोई और काम किया है?</p> <p>As you know, some women take up jobs for which they are paid in cash or kind. Others sell things, have a small business or work on the family farm or in the family business. In the last seven days, have you done any of these things or any other work?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 915

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
913	यद्यपि आपने पिछले सात दिनों में काम नहीं किया तो भी क्या आपके पास कोई नौकरी या व्यापार है जिससे आप छुट्टी, बीमारी, अवकाश, प्रसूति छुट्टी या किसी अन्य ऐसे कारण से अनुपस्थित थीं? Although you did not work in the last seven days, do you have any job or business from which you were absent for leave, illness, vacation, maternity leave or any other such reason?	YES 1 NO 2	→ 915
914	पिछले 12 महीनों में क्या आपने कोई काम किया है? Have you done any work in the last 12 months?	YES 1 NO 2	→ 919
915	आपका व्यवसाय क्या है, अर्थात् मुख्यतः आप किस प्रकार का काम करती हैं? What is your occupation, that is, what kind of work do you mainly do?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
916	क्या आप यह काम अपने परिवार के सदस्य के लिए या किसी अन्य के लिए करती हैं या आपका खुद का व्यवसाय है? Do you do this work for a member of your family, for someone else, or are you self-employed?	FOR FAMILY MEMBER 1 FOR SOMEONE ELSE 2 SELF-EMPLOYED 3	
917	क्या आप सामान्यतः पूरे वर्ष में काम करती हैं, किसी विशेष मौसम में काम करती हैं या केवल कभी-कभार ही काम करती हैं? Do you usually work throughout the year, or do you work seasonally, or only once in a while?	THROUGHOUT THE YEAR 1 SEASONALLY/PART OF THE YEAR 2 ONCE IN A WHILE 3	
918	इस काम के लिए क्या आपको नगद भुगतान किया जाता है या कोई वस्तु मिलती है, या कुछ भी नहीं दिया जाता है? Are you paid in cash or kind for this work, or are you not paid at all?	CASH ONLY 1 CASH AND KIND 2 IN KIND ONLY 3 NOT PAID 4	
919	पिछले 12 महीनों में क्या आप लगातार एक महीने या उससे अधिक समय के लिए घर (माता-पिता/सास-ससुर के घर के अतिरिक्त) से दूर रही हैं? In the last 12 months, have you been away from home other than parental/in-laws home for one month or more at a time?	YES 1 NO 2	→ 921
920	पिछले 12 महीनों में क्या आप लगातार 6 महीने या उससे अधिक समय के लिए घर (माता-पिता/सास-ससुर के घर के अतिरिक्त) से दूर रही हैं? In the last 12 months, have you been away from home other than parental/in-laws home for six months or more at a time?	YES 1 NO 2	
921	CHECK 301: MARITAL STATUS CURRENTLY <input type="checkbox"/> MARRIED OTHER <input type="checkbox"/>		→ 929
922	CHECK 918: CASH EARNINGS CODE 1 OR 2 <input type="checkbox"/> CIRCLED OTHER <input type="checkbox"/>		→ 925
923	आपके द्वारा कमाए गए रुपये-पैसे का उपयोग किस तरह किया जाए इसका निर्णय कौन करता है: मुख्यतः आप, मुख्यतः आपके पति या आप और आपके पति मिलकर? Who decides how the money you earn will be used: mainly you, mainly your husband, or you and your husband jointly?	RESPONDENT 1 HUSBAND 2 RESPONDENT AND HUSBAND JOINTLY 3 OTHER 6	
924	क्या आप यह कहेंगी कि आप जो रुपये-पैसे कमाती हैं वह आपके पति जो कमाते हैं उससे अधिक है, कम है या लगभग उतना ही है? Would you say that the money that you earn is more than what your husband earns, less than what he earns, or about the same?	MORE THAN HUSBAND 1 LESS THAN HUSBAND 2 ABOUT THE SAME 3 HUSBAND HAS NO EARNINGS 4 DON'T KNOW 8	→ 926

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
938	क या आप अकेले या संयुक्त रूप से इस घर के या किसी अन्य घर के मालिक हैं? Do you own this or any other house either alone or jointly with someone else?	ALONE ONLY 1 JOINTLY ONLY 2 BOTH ALONE AND JOINTLY 3 DOES NOT OWN 4	
939	क या आप अकेले या संयुक्त रूप से किसी भी जमीन के मालिक हैं? Do you own any agricultural or non-agricultural land either alone or jointly with someone else?	ALONE ONLY 1 JOINTLY ONLY 2 BOTH ALONE AND JOINTLY 3 DOES NOT OWN 4	
940	क्या आप इस क्षेत्र में किसी ऐसे कार्यक्रम के बारे में जानती हैं जिसमें महिलाओं को उनका अपना व्यापार शुरू करने या उसे बढ़ाने के लिए कर्ज दिया जाता है? Do you know of any programmes in this area that give loans to women to start or expand a business of their own?	YES 1 NO 2	→ 942
941	क्या आपने कभी अपना व्यापार शुरू करने या उसे बढ़ाने के लिए, ऐसे किसी कार्यक्रम से नगद या वस्तु के रूप में स्वयं कभी कर्ज लिया है? Have you yourself ever taken a loan, in cash or in kind, from any of these programmes, to start or expand a business?	YES 1 NO 2	
942	PRESENCE OF OTHERS AT THIS POINT (PRESENT AND LISTENING, PRESENT BUT NOT LISTENING, OR NOT PRESENT)	<div style="text-align: center;"> PRES./ PRES./ NOT NOT LISTEN. LISTEN. PRES. </div> CHILDREN < 10 ... 1 2 3 HUSBAND 1 2 3 OTHER MALES ... 1 2 3 OTHER FEMALES . 1 2 3	
943	आपकी राय में, क्या इन परिस्थितियों में पति द्वारा पत्नी को मारना-पीटना उचित है: In your opinion, is a husband justified in hitting or beating his wife in the following situations: a. यदि वह पति को बिना बताए कहीं बाहर जाती है? If she goes out without telling him? b. यदि वह घर या बच्चों पर ध्यान नहीं देती है? If she neglects the house or the children? c. यदि वह पति के साथ बहस करती है? If she argues with him? d. यदि वह पति के साथ शारीरिक संबंध के लिए मना करती है? If she refuses to have sex with him? e. यदि वह ठीक तरह से खाना नहीं पकाती है? If she doesn't cook food properly? f. यदि पति उसके चाल-चलन पर सन्देह करता हो? If he suspects her of being unfaithful? g. यदि वह ससुराल वालों का अनादर करती है? If she shows disrespect for in-laws?	<div style="text-align: center;"> YES NO DONT KNOW </div> GOES OUT 1 2 8 NEGL. HS/CHILDREN 1 2 8 ARGUES 1 2 8 REFUSES SEX ... 1 2 8 POOR COOKING ... 1 2 8 UNFAITHFUL 1 2 8 DISRESPECT 1 2 8	
944	यदि पत्नी यह जानती है कि उसके पति को यौन संचारित रोग है तो क्या उससे यह पूछना उचित है कि वे संभोग के समय कंडोम (निरोध) का इस्तेमाल करें? If a wife knows her husband has a sexually transmitted disease, is she justified in asking that they use a condom when they have sex?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
945	यदि पत्नी यह जानती है कि उसका पति अन्य महिला के साथ यौन संबंध रखता है तो क्या उसका अपने पति के साथ यौन संबंध से इनकार करना उचित है? If a wife knows her husband has sex with other women, is she justified in refusing to have sex with him?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
946	CHECK 301: CURRENTLY <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> MARRIED ↓		→ 1001
947	यदि आप संभोग नहीं करना चाहती हैं तो क्या आप अपने पति को नहीं कह सकती हैं? Can you say no to your husband if you do not want to have sexual intercourse with him?	YES 1 NO 2	

SECTION 10. HIV/AIDS AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
1012	<p>व्यक्ति क्या कर सकता है?</p> <p>कोई अन्य उपाय?</p> <p>What can a person do?</p> <p>Anything else?</p> <p>RECORD ALL WAYS MENTIONED.</p>	<p>ABSTAIN FROM SEX A</p> <p>USE CONDOMS B</p> <p>LIMIT SEX TO ONE PARTNER/STAY FAITHFUL TO ONE PARTNER ... C</p> <p>LIMIT NUMBER OF SEXUAL PARTNERS D</p> <p>AVOID SEX WITH SEX WORKERS ... E</p> <p>AVOID SEX WITH PERSONS WHO HAVE MANY PARTNERS F</p> <p>AVOID SEX WITH HOMOSEXUALS ... G</p> <p>AVOID SEX WITH PERSONS WHO INJECT DRUGS H</p> <p>AVOID BLOOD TRANSFUSIONS I</p> <p>USE BLOOD ONLY FROM RELATIVES J</p> <p>AVOID INJECTIONS K</p> <p>USE ONLY NEW/STERILIZED NEEDLES L</p> <p>AVOID IV DRIP M</p> <p>AVOID SHARING RAZORS/BLADES . N</p> <p>AVOID KISSING O</p> <p>AVOID MOSQUITO BITES P</p> <p>OTHER _____ W (SPECIFY)</p> <p>OTHER _____ X (SPECIFY)</p> <p>DON'T KNOW Z</p>																	
1013	<p>क्या यह संभव है कि किसी स्वस्थ दिखने वाले व्यक्ति को एच आइ वी हो?</p> <p>Is it possible for a healthy-looking person to have HIV?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>																	
1014	<p>क्या एच आइ वी माँ से उसके बच्चे को हो सकता है</p> <p>Can HIV be transmitted from a mother to her baby:</p> <p>a. गर्भावस्था के दौरान?</p> <p>During pregnancy?</p> <p>b. बच्चे के जन्म के दौरान</p> <p>During delivery?</p> <p>c. स्तनपान के द्वारा?</p> <p>By breastfeeding?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DURING PREGNANCY .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DURING DELIVERY ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BREASTFEEDING</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	DK	DURING PREGNANCY .	1	2	8	DURING DELIVERY ...	1	2	8	BREASTFEEDING	1	2	8	
	YES	NO	DK																
DURING PREGNANCY .	1	2	8																
DURING DELIVERY ...	1	2	8																
BREASTFEEDING	1	2	8																
1015	<p>CHECK 1014:</p> <p>AT LEAST <input type="checkbox"/> ONE 'YES' ↓</p> <p>OTHER <input type="checkbox"/> → 1017</p>																		
1016	<p>क्या कोई ऐसी विशेष चिकित्सा है जो डॉक्टर या नर्स एच आइ वी से संक्रमित महिला को देकर एच आइ वी को माता से बच्चे में जाने के खतरे को कम कर सकता है?</p> <p>Are there any special drugs that a doctor or a nurse can give to a woman infected with HIV to reduce the risk of transmission to the baby?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DON'T KNOW 8</p>																	
1017	<p>क्या आपने विशेष 'एन्टी-रिट्रोवायरल ड्रग्स' (USE LOCAL NAME(S)) के बारे में सुना है जिसे एच आइ वी/एड्स से संक्रमित व्यक्ति अपने जीवन की अवधि बढ़ाने के लिए डॉक्टर या नर्स से प्राप्त कर सकते हैं?</p> <p>Have you heard about special antiretroviral drugs (USE LOCAL NAME'S) that people infected with HIV/AIDS can get from a doctor or a nurse to help them live longer?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>																	
1018	<p>CHECK 208 AND 215:</p> <p>NO BIRTHS <input type="checkbox"/> → 1033</p> <p>LAST BIRTH SINCE 2017 <input type="checkbox"/> LAST BIRTH BEFORE 2017 <input type="checkbox"/> → 1033</p>																		

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

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1036	<p>जांच कहाँ की गयी थी? Where was the test done?</p> <p>PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE)</p>	<p>PUBLIC HEALTH SECTOR</p> <p>GOVERNMENT HOSPITAL 11</p> <p>GOVT. HEALTH CENTRE 12</p> <p>STAND-ALONE ICTC 13</p> <p>FAMILY PLANNING CLINIC 14</p> <p>MOBILE CLINIC 15</p> <p>FIELDWORKER 16</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC 17</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR 18</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... 20</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR</p> <p>PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR 21</p> <p>STAND-ALONE ICTC 22</p> <p>PHARMACY 23</p> <p>MOBILE CLINIC 24</p> <p>FIELDWORKER 25</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC 26</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR 27</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>HOME 31</p> <p>CORRECTIONAL FACILITY 32</p> <p>OTHER 96</p> <p>(SPECIFY)</p>	<p>→ 1039</p>
1037	<p>क्या आप ऐसे किसी स्थान को जानती हैं जहाँ पर एच आइ वी की जांच कराने के लिए लोग जा सकते हैं? Do you know of a place where people can go to get tested for HIV?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	<p>→ 1039</p>
1038	<p>वह स्थान कहाँ पर है? कोई अन्य स्थान? Where is that? Any other place?</p> <p>RECORD ALL PLACES MENTIONED.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE IF A HOSPITAL, HEALTH CENTRE, OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE HEALTH SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE.</p> <p>_____</p> <p>(NAME OF FACILITY/PLACE(S))</p>	<p>PUBLIC HEALTHSECTOR</p> <p>GOVERNMENT HOSPITAL A</p> <p>GOVT. HEALTH CENTRE B</p> <p>STAND-ALONE ICTC C</p> <p>FAMILY PLANNING CLINIC D</p> <p>MOBILE CLINIC E</p> <p>FIELDWORKER F</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC G</p> <p>OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR H</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... I</p> <p>PRIVATE HEALTH SECTOR</p> <p>PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR J</p> <p>STAND-ALONE ICTC K</p> <p>PHARMACY L</p> <p>MOBILE CLINIC M</p> <p>FIELDWORKER N</p> <p>SCHOOL BASED CLINIC O</p> <p>OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR P</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>OTHER SOURCE</p> <p>HOME Q</p> <p>CORRECTIONAL FACILITY R</p> <p>OTHER X</p> <p>(SPECIFY)</p>	

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

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

SECTION 11. HOUSEHOLD RELATIONS

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																												
1106	<p>A अब यदि आप मुझे अनुमति देती हैं तो, मुझे आपके (पिछले) पति के साथ आपके संबंधों के बारे में कुछ और प्रश्न पूछने हैं। क्या आपके (पिछले) पति ने कभी भी:</p> <p>Now if you will permit me, I need to ask some more questions about your relationship with your (last) husband. (Does/did) your (last) husband ever:</p>	<p>B पिछले 12 महीनों के दौरान प्रायः ऐसी घटनाएं कितनी बार हुईं: अक्सर, केवल कभी-कभी या कभी नहीं?</p> <p>How often did this happen in the last 12 months: often, only sometimes, or not at all?</p>																																													
	<p>a. दूसरों के सामने आपको नीचा दिखाने के लिए कुछ कहा या किया? Say or do something to humiliate you in front of others?</p> <p>b. आपको या आपके किसी नजदीकी को चोट पहुंचाने या तुकसान पहुंचाने की धमकी दी? Threaten to hurt or harm you or someone close to you?</p> <p>c. आपका अपमान किया या आपको स्वयं की नजरों में गिराने की कोशिश की? Insult you or make you feel bad about yourself?</p>	<table> <tr> <th>EVER</th><th>OFTEN</th><th>SOME-TIMES</th><th>NOT IN THE LAST 12 MONTHS</th></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>a. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>b. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>c. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>	EVER	OFTEN	SOME-TIMES	NOT IN THE LAST 12 MONTHS	YES 1 → NO 2 ↓	a. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	b. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	c. 1	2	3																													
EVER	OFTEN	SOME-TIMES	NOT IN THE LAST 12 MONTHS																																												
YES 1 → NO 2 ↓	a. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	b. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	c. 1	2	3																																												
1107	<p>A क्या आपके (पिछले) पति ने कभी आपके साथ इनमें से कुछ भी किया (है / था) : (Does/did) your (last) husband ever do any of the following things to you:</p>	<p>B पिछले 12 महीनों के दौरान प्रायः ऐसी घटनाएं कितनी बार हुईं: अक्सर, केवल कभी-कभी या कभी नहीं?</p> <p>How often did this happen during the last 12 months: often, only sometimes, or not at all?</p>																																													
	<p>a. आपको धक्का दिया, आपको झिझोड़ा या आपकी तरफ कोई चीज उड़ाकर फेंकी? Push you, shake you, or throw something at you?</p> <p>b. आपकी बांह मरोड़ी या आपके बाल खींचे? Twist your arm or pull your hair?</p> <p>c. आपको थप्पड़ मारे? Slap you?</p> <p>d. आपको मुझे मारे या ऐसी किसी चीज का प्रयोग किया जिससे आपको चोट लग सके? Punch you with his fist or with something that could hurt you?</p> <p>e. आपको लात मारी, आपको घसीटा या आपको मारा? Kick you, drag you or beat you up?</p> <p>f. आपका गला घोटने की कोशिश की या आपको जानबूझकर जलाया? Try to choke you or burn you on purpose?</p> <p>g. आपको चाकू, बन्दूक या किसी अन्य हथियार से धमकाया या इनसे हमला किया? Threaten or attack you with a knife, gun, or any other weapon?</p> <p>h. आपके न चाहते हुए भी, शारीरिक बल के प्रयोग से संभोग करने के लिए आपको मजबूर किया? Physically force you to have sexual intercourse with him even when you did not want to?</p> <p>i. आपके न चाहते हुए भी, शारीरिक बल के प्रयोग से आपको कोई और तरह की यौन सम्बन्धी क्रिया करने के लिए मजबूर किया? Physically force you to perform any other sexual acts you did not want to?</p> <p>j. आपके न चाहते हुए भी, आपको डरा कर या कोई और तरह से यौन सम्बन्धी क्रिया करने के लिए मजबूर किया? Force you with threats or in any other way to perform sexual acts you did not want to?</p>	<table> <tr> <th>EVER</th><th>OFTEN</th><th>SOME-TIMES</th><th>NOT IN THE LAST 12 MONTHS</th></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>a. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>b. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>c. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>d. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>e. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>f. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>g. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>h. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>i. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>YES 1 → NO 2 ↓</td><td>j. 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>	EVER	OFTEN	SOME-TIMES	NOT IN THE LAST 12 MONTHS	YES 1 → NO 2 ↓	a. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	b. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	c. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	d. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	e. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	f. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	g. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	h. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	i. 1	2	3	YES 1 → NO 2 ↓	j. 1	2	3	
EVER	OFTEN	SOME-TIMES	NOT IN THE LAST 12 MONTHS																																												
YES 1 → NO 2 ↓	a. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	b. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	c. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	d. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	e. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	f. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	g. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	h. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	i. 1	2	3																																												
YES 1 → NO 2 ↓	j. 1	2	3																																												

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1108	CHECK 1107 A (a-j): EXPERIENCED PHYSICAL VIOLENCE AT LEAST ONE <input type="checkbox"/> NOT A SINGLE <input type="checkbox"/> 'YES' 'YES'		→ 1111
1109	आपके (पिछले) पति से शादी के कितने समय बाद (यह घटना / इसमें से कोई घटनाएं) आपके साथ पहली बार हुई? How long after you first got married to your (last) husband did (this/any of these things) first happen? IF LESS THAN ONE YEAR, RECORD '00'.	NUMBER OF YEARS <input type="text"/> BEFORE MARRIAGE 95	
1110	आपके (पिछले) पति ने आपके साथ कभी भी ऐसा बर्ताव किया, क्या उसके परिणामस्वरूप कभी इनमें से कोई भी घटना हुई: Did the following ever happen as a result of what your (last) husband did to you?: a. आपको घाव हुआ था, नील पड़े थे या देर तक दर्द होता रहा था? You had cuts, bruises or aches? b. आप गंभीर रूप से जल गयी थी? You had severe burns? c. आपको आंख में चोट लगी थी, मोच आई थी, हड्डी सरक गई थी या मामूली रूप से जल गई थी? You had eye injuries, sprains, dislocations, or minor burns? d. आपको गहरा घाव हो गया था, हड्डियां टूट गई थी, दांत टूट गए थे या कोई अन्य गंभीर चोट लगी थी? You had deep wounds, broken bones, broken teeth, or any other serious injury?	YES NO CUTS/BRUISES 1 2 SEVERE BURNS 1 2 EYE INJURIES, SPRAINS DISLOCATIONS, ETC. 1 2 OTHER SERIOUS INJURY ... 1 2	
1111	क्या आपने कभी अपने (पिछले) पति को ऐसे समय पीटा, थपड़ मारा, लात मारी या कुछ ऐसा किया जिससे उन्हें शारीरिक रूप से चोट पहुंची जब वे आपको नहीं मार रहे थे या चोट नहीं पहुंचा रहे थे? Have you ever hit, slapped, kicked, or done anything else to physically hurt your (last) husband at times when he was not already beating or physically hurting you?	YES 1 NO 2	→ 1113
1112	पिछले बारह महीनों में, आपने (पिछले) पति के साथ प्रायः ऐसा कितनी बार किया: अक्सर, केवल कभी कभी या कभी नहीं? In the last 12 months, how often have you done this to your (last) husband: often, only sometimes, or not at all?	OFTEN 1 SOMETIMES 2 NOT AT ALL 3	
1113	क्या आपके (पिछले) पति शराब पीते हैं (थे)? (Does/did) your (last) husband drink alcohol?	YES 1 NO 2	→ 1115
1114	वे कितनी बार शराब पीकर धुत होते (हैं/थे): अक्सर, केवल कभी-कभी या कभी नहीं? How often (does/did) he get drunk: often, only sometimes, or never?	OFTEN 1 SOMETIMES 2 NEVER 3	
1115	क या आप अपने(पिछले) पति से डरती हैं / थी : अकसर कभी-कभी, कभी नहीं? Are (Were) you afraid of your (last) husband: most of the time, sometimes, or never?	MOST OF THE TIME AFRAID 1 SOMETIMES AFRAID 2 NEVER AFRAID 3	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
1116	CHECK 307: MARRIED MORE <input type="checkbox"/> THAN ONCE MARRIED ONLY <input type="checkbox"/> ONCE		1118																
1117	<p>A अभी तक हम आपके (वर्तमान/ पिछले) पति के व्यवहार के बारे में पूछ रहे थे। अब हम आपके किसी अन्य पुराने पति के व्यवहार के बारे में भी जानना चाहते हैं। So far we have been talking about the behavior of your (current/last) husband. Now I want to ask you about the behavior of any previous husband.</p> <p>B पिछली बार ये कितने समय पहले हुआ था?</p> <p>How long ago did this last happen?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>EVER</th> <th>0 - 11 MONTHS AGO</th> <th>12 OR MORE MONTHS AGO</th> <th>DON'T REMEMBER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. क या किसी पहले पति कभी भी आपको मारा(थपड़ लात) अथवा कुछ ऐसा किया है जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुँचाया था? Did any previous husband ever hit, slap, kick, or do anything else to hurt you physically?</td> <td>YES 1 NO 2</td> <td>a. 1 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b. आपके ना चाहते हुवे भी क्या आपके कोई पहले पति, आपको संभोग करने के लिए या किसी और तरह से यौन संबंधी क्रिया करने के लिए मजबूर किया? Did any previous husband physically force you to have intercourse or perform any other sexual acts against your will?</td> <td>YES 1 NO 2</td> <td>b. 1 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c. क्या किसी पिछले पति ने आपको दूसरों के सामने अपमानित किया था, आप या जिसकी आप चिंता करती हैं उसको चोट पहुँचाने के लिए धमकाया या आपका अपमान किया था या ऐसा किया था कि आप अपने बारे में बुरा महसूस करें? Did any previous husband humiliate you in front of others, threaten to hurt you or someone you care about, or insult you or make you feel bad about yourself?</td> <td>YES 1 NO 2</td> <td>c. 1 2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	EVER	0 - 11 MONTHS AGO	12 OR MORE MONTHS AGO	DON'T REMEMBER	a. क या किसी पहले पति कभी भी आपको मारा(थपड़ लात) अथवा कुछ ऐसा किया है जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुँचाया था? Did any previous husband ever hit, slap, kick, or do anything else to hurt you physically?	YES 1 NO 2	a. 1 2	3	b. आपके ना चाहते हुवे भी क्या आपके कोई पहले पति, आपको संभोग करने के लिए या किसी और तरह से यौन संबंधी क्रिया करने के लिए मजबूर किया? Did any previous husband physically force you to have intercourse or perform any other sexual acts against your will?	YES 1 NO 2	b. 1 2	3	c. क्या किसी पिछले पति ने आपको दूसरों के सामने अपमानित किया था, आप या जिसकी आप चिंता करती हैं उसको चोट पहुँचाने के लिए धमकाया या आपका अपमान किया था या ऐसा किया था कि आप अपने बारे में बुरा महसूस करें? Did any previous husband humiliate you in front of others, threaten to hurt you or someone you care about, or insult you or make you feel bad about yourself?	YES 1 NO 2	c. 1 2	3		
EVER	0 - 11 MONTHS AGO	12 OR MORE MONTHS AGO	DON'T REMEMBER																
a. क या किसी पहले पति कभी भी आपको मारा(थपड़ लात) अथवा कुछ ऐसा किया है जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुँचाया था? Did any previous husband ever hit, slap, kick, or do anything else to hurt you physically?	YES 1 NO 2	a. 1 2	3																
b. आपके ना चाहते हुवे भी क्या आपके कोई पहले पति, आपको संभोग करने के लिए या किसी और तरह से यौन संबंधी क्रिया करने के लिए मजबूर किया? Did any previous husband physically force you to have intercourse or perform any other sexual acts against your will?	YES 1 NO 2	b. 1 2	3																
c. क्या किसी पिछले पति ने आपको दूसरों के सामने अपमानित किया था, आप या जिसकी आप चिंता करती हैं उसको चोट पहुँचाने के लिए धमकाया या आपका अपमान किया था या ऐसा किया था कि आप अपने बारे में बुरा महसूस करें? Did any previous husband humiliate you in front of others, threaten to hurt you or someone you care about, or insult you or make you feel bad about yourself?	YES 1 NO 2	c. 1 2	3																
1118	CHECK 301: EVER MARRIED <input type="checkbox"/> NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/>	<p>a. जब आप 15 वर्ष की थीं, तबसे क्या आपको आपके (वर्तमान/पिछले) पति के अलावा किसी अन्य व्यक्ति ने मारा, थपड़ मारा, लात मारी या कुछ ऐसा किया जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुँची?</p> <p>From the time you were 15 years old has anyone other than (your/any) husband hit you, slapped you, kicked you, or done anything else to hurt you physically?</p> <p>b. जब आप 15 वर्ष की थीं, तबसे क्या आपको कभी किसी ने मारा, थपड़ मारा, लात मारी या कुछ ऐसा किया जिससे आपको शारीरिक रूप से चोट पहुँची?</p> <p>From the time you were 15 years old has anyone ever hit you, slapped you, kicked you, or done anything else to hurt you physically?</p>	YES 1 NO 2 REFUSED TO ANSWER/NO ANSWER . 3	1121															
1119	इस तरह से आपको किसने चोट पहुँचाई? कोई अन्य? Who has hurt you in this way? Anyone else? RECORD ALL MENTIONED.	MOTHER/STEP-MOTHER A FATHER/STEP-FATHER B SISTER/BROTHER C DAUGHTER/SON D OTHER RELATIVE E CURRENT BOYFRIEND F FORMER BOYFRIEND G MOTHER-IN-LAW H FATHER-IN-LAW I OTHER IN-LAW J TEACHER K EMPLOYER/SOMEONE AT WORK ... L POLICE/SOLDIER M OTHER X (SPECIFY)																	
1120	पिछले 12 महीनों में, (इस व्यक्ति /इन व्यक्तियों ने) कितनी बार आपको शारीरिक रूप से चोट पहुँचाई:अक्सर, केवल कभी-कभी, या कभी नहीं? In the last 12 months, how often (has this person/have these persons) physically hurt you: often, only sometimes, or not at all?	OFTEN 1 SOMETIMES 2 NOT AT ALL 3																	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1121	CHECK 201, 226, AND 231: <div> <div>EVER BEEN PREGNANT ('YES' ON 201 OR 226 OR 231) <input type="checkbox"/></div> <div>NEVER BEEN PREGNANT <input type="checkbox"/></div> </div>		1124
1122	आपकी गर्भावस्था के दौरान आपको शारीरिक रूप से चोट पहुँचाने के लिए क्या किसी ने कभी आपको मारा, थपड़ मारा लात मारी या कुछ और किया ? Has any one ever hit, slapped, kicked, or done anything else to hurt you physically while you were pregnant?	YES 1 NO 2	1124
1123	जब आप गर्भवती थी तो इस तरह की शारीरिक चोट पहुँचानेवाली घटना किसके द्वारा की गयी? कोई अन्य ? Who has done any of these things to physically hurt you while you were pregnant? Anyone else? RECORD ALL MENTIONED.	CURRENT HUSBAND/PARTNER A FORMER HUSBAND/PARTNER B CURRENT/FORMER BOYFRIEND C FATHER/STEP-FATHER D BROTHER/STEP-BROTHER E OTHER RELATIVE F IN-LAW G OWN FRIEND/ACQUAINTANCE H FAMILY FRIEND I TEACHER J EMPLOYER/SOMEONE AT WORK K POLICE/SOLDIER L PRIEST/RELIGIOUS LEADER M STRANGER N OTHER X (SPECIFY)	
1124	CHECK 301: <div> <div>EVER MARRIED <input type="checkbox"/></div> <div>NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/></div> </div>		1126
1125	अब मैं आपसे यह जानना चाहूँगी कि निम्न में से कोई घटना(आपके/आपके कोई भी) पति के अलावा किसी और के द्वारा किया गया है। आपके जीवन में किसी भी समय, बचपन में या बयस्क होने पर, क्या किसी ने कभी यौन सम्बन्ध के लिये या कोई और यौन क्रिया करने के लिए किसी भी तरह से आपको मजबूर किया है? Now I want to ask you about things that may have been done to you by someone other than (your/any) husband. At any time in your life, as a child or as an adult, has anyone ever forced you in any way to have sexual intercourse or perform any other sexual acts when you did not want to?	YES 1 NO 2 REFUSED TO ANSWER/ NO ANSWER 3	1127 1129
1126	आपके जीवन में किसी भी समय, बचपन में या बयस्क होने पर, क्या किसी ने कभी यौन सम्बन्ध के लिये या कोई और यौन क्रिया करने के लिये किसी भी तरह से आपको मजबूर किया है? At any time in your life, as a child or as an adult, has anyone ever forced you in any way to have sexual intercourse or perform any other sexual acts when you did not want to?	YES 1 NO 2 REFUSED TO ANSWER/ NO ANSWER 3	1131
1127	आपके साथ सबसे पहली बार जब ये हुआ, वह व्यक्ति कौन था जिसने आपको ऐसा करने के लिए मजबूर किया था? Who was the person who was forcing you the very first time this happened?	CURRENT HUSBAND 01 FORMER HUSBAND 02 CURRENT/FORMER BOYFRIEND 03 FATHER/STEP-FATHER 04 BROTHER/STEP-BROTHER 05 OTHER RELATIVE 06 IN-LAW 07 OWN FRIEND/ACQUAINTANCE 08 FAMILY FRIEND 09 TEACHER 10 EMPLOYER/SOMEONE AT WORK 11 POLICE/SOLDIER 12 PRIEST/RELIGIOUS LEADER 13 STRANGER 14 OTHER 96 (SPECIFY)	
1128	CHECK 301: <div> <div>EVER MARRIED <input type="checkbox"/></div> <div>NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/></div> </div> <p>a. पिछले 12 महीनों में, क्या (आपके/आपके कोई भी) पति के अलावा किसी अन्य व्यक्ति ने आपके न चाहते हुए भी, शारीरिक बल से संभोग करने के लिए आपको मजबूर किया?</p> <p>In the last 12 months, has anyone other than (your/any) husband physically forced you to have sexual intercourse when you did not want to?</p> <p>b. पिछले 12 महीनों में, क्या किसी व्यक्ति ने आपके न चाहते हुए भी, शारीरिक बल से संभोग करने के लिए आपको मजबूर किया?</p> <p>In the last 12 months has anyone physically forced you to have sexual intercourse when you did not want to?</p>	YES 1 NO 2 REFUSED TO ANSWER/ NO ANSWER 3	1130

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1129	CHECK 1107 A (h-j) and 1117 A (b): EXPERIENCED SEXUAL VIOLENCE AT LEAST ONE 'YES' <input type="checkbox"/> NOT A SINGLE 'YES' <input type="checkbox"/> → 1131		
1130	CHECK 301: EVER MARRIED <input type="checkbox"/> NEVER MARRIED OR MARRIED, GAUNA NOT PERFORMED <input type="checkbox"/> a. जब पहली बार आपसे संभोग या कोई अन्य यौन क्रिया के लिए आपको आपके पति या कोई अन्य द्वारा मजबूर किया गया तो उस समय आपकी आयु क या थी? How old were you the first time you were forced to have sexual intercourse or perform any other sexual acts by anyone, including (your/any) husband? b. जब पहली बार आपसे संभोग या कोई अन्य यौन क्रिया के लिए आपको मजबूर किया गया तो उस समय आपकी आयु क या थी? How old were you the first time you were forced to have sexual intercourse or perform any other sexual acts? AGE IN COMPLETED YEARS . <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T REMEMBER 98		
1131	CHECK 1107 A (a-j), 1117A (a-b), 1118, 1122, 1125, AND 1126: EXPERIENCED ANY VIOLENCE AT LEAST ONE 'YES' <input type="checkbox"/> NOT A SINGLE 'YES' <input type="checkbox"/> → 1137		
1132	हमने जिन विभिन्न विषयों पर आपसे बातचीत की उनमें से जो घटनायें आपके साथ हुई उनके लिए क्या आपने कभी किसी से सहायता ली? Thinking about what you yourself have experienced among the different things we have been talking about, have you ever tried to seek help?	YES 1 NO 2 → 1134	
1133	आपने किस से मदद मांगी? कोई अन्य? From whom have you sought help? Anyone else? RECORD ALL MENTIONED.	OWN FAMILY A HUSBAND'S FAMILY B CURRENT/FORMER HUSBAND C CURRENT/FORMER BOYFRIEND D FRIEND E NEIGHBOUR F RELIGIOUS LEADER G DOCTOR/MEDICAL PERSONNEL H POLICE I LAWYER J SOCIAL SERVICE ORGANIZATION K OTHER X (SPECIFY)	→ 1135
1134	क्या आपने इसके बारे में कभी किसी अन्य व्यक्ति को बताया? Have you ever told any one else about this?	YES 1 NO 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
1135	CHECK 1133: 'H' IS CIRCLED <input type="checkbox"/> 'H' IS NOT CIRCLED <input type="checkbox"/>		1137																
1136	<p>आप चिकित्सकीय सहायता हेतु कहाँ गयी थी? कोई अन्य स्थान Where did you go for medical help? Anywhere else?</p> <p>RECORD ALL MENTIONED.</p>	<p>PUBLIC HEALTH SECTOR GOVT./MUNICIPAL HOSPITAL ... A AYUSH AYURVEDA B YOGA AND NATUROPATHY C UNANI D SIDDHA E HOMEOPATHY F SOWA RIGPA (TTM) G OTHER H (SPECIFY) GOVT. DISPENSARY I UHC/UHP/UFWC J CHC/RURAL HOSPITAL/ BLOCK PHC K PHC/ADDITIONAL PHC L SUB-CENTRE/ANM M GOVT. MOBILE CLINIC N CAMP O ANGANWADI/CDS CENTRE P ASHA Q OTHER COMMUNITY- BASED WORKER R OTHER PUBLIC HEALTH SECTOR S NGO OR TRUST HOSPITAL/CLINIC ... T PRIVATE HEALTH SECTOR PVT. HOSPITAL U PVT. DOCTOR/CLINIC V PVT. MOBILE CLINIC W AYUSH AYURVEDA X YOGA AND NATUROPATHY Y UNANI Z SIDDHA AA HOMEOPATHY AB SOWA RIGPA (TTM) AC OTHER AD (SPECIFY) TRADITIONAL HEALER AE PHARMACY/DRUGSTORE AF DAI (TBA) AG OTHER PRIVATE HEALTH SECTOR AH OTHER AX (SPECIFY)</p>																	
1137	<p>जहाँ तक आप जानती हैं, क्या कभी आपके पिता ने आपकी माता को मारा था? As far as you know, did your father ever beat your mother?</p>	<p>YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8</p>																	
<p>THANK THE RESPONDENT FOR HER COOPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS. FILL OUT THE QUESTIONS BELOW WITH REFERENCE TO THE DOMESTIC VIOLENCE MODULE ONLY.</p>																			
1138	<p>DID YOU HAVE TO INTERRUPT THIS SECTION OF THE INTERVIEW BECAUSE SOME ADULT WAS TRYING TO LISTEN, OR CAME INTO THE ROOM, OR INTERFERED IN ANY OTHER WAY?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES ONCE</th> <th>YES, MORE THAN ONCE</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HUSBAND</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTHER MALE ADULT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMALE ADULT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		YES ONCE	YES, MORE THAN ONCE	NO	HUSBAND	1	2	3	OTHER MALE ADULT	1	2	3	FEMALE ADULT	1	2	3	
	YES ONCE	YES, MORE THAN ONCE	NO																
HUSBAND	1	2	3																
OTHER MALE ADULT	1	2	3																
FEMALE ADULT	1	2	3																
1139	<p>INTERVIEWER'S COMMENTS / EXPLANATION FOR NOT COMPLETING THE DOMESTIC VIOLENCE MODULE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		
1140	RECORD THE TIME.	<p>HOUR <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p>																	

INSTRUCTIONS:

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

INFORMATION TO BE CODED FOR EACH COLUMN

COLUMN 1:

BIRTHS, PREGNANCIES, CONTRACEPTIVE USE

B BIRTHS

P PREGNANCIES

A ABORTIONS

M MISCARRIAGES

S STILLBIRTHS

T TERMINATIONS

0 NO METHOD

1 FEMALE STERILIZATION

2 MALE STERILIZATION

3 IUD/PPIUD

4 INJECTABLES

5 PILL

6 CONDOM/NIRODH

7 FEMALE CONDOM

8 DIAPHRAGM

F FOAM OR JELLY

L LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD

R RHYTHM METHOD

W WITHDRAWAL

X OTHER MODERN METHODS

Y OTHER TRADITIONAL METHODS

COLUMN 2:

ULTRASOUND CONDUCTED DURING PREGNANCY

Y YES

N NO

COLUMN 3:

DISCONTINUATION OF CONTRACEPTIVE USE

0 INFREQUENT SEX/HUSBAND AWAY

1 METHOD FAILED/BECAME PREGNANT
WHILE USING

2 WANTED TO BECOME PREGNANT

3 HUSBAND DISAPPROVED

4 WANTED MORE EFFECTIVE METHOD

5 FEAR OF SIDE EFFECTS/ HEALTH CONCERNS

6 LACK OF ACCESS/TOO FAR

7 COSTS TOO MUCH

8 INCONVENIENT TO USE

9 FATALISTIC/ UP TO GOD

F DIFFICULT TO GET PREGNANT/MENOPAUSAL

A MARITAL DISSOLUTION/SEPARATION

D LACK OF SEXUAL SATISFACTION

L CREATED MENSTRUAL PROBLEM

M GAINED WEIGHT

G DID NOT LIKE METHOD

N LACK OF PRIVACY FOR USE

X OTHER

(SPECIFY)

Z DON'T KNOW

				1	2	3				
12	DEC	01					01	DEC		
11	NOV	02					02	NOV		
10	OCT	03					03	OCT		
09	SEP	04					04	SEP		
2	08	AUG	05				05	AUG	2	
0	07	JUL	06				06	JUL	0	
1	06	JUN	07				07	JUN	1	
9	05	MAY	08				08	MAY	9	
	04	APR	09				09	APR		
	03	MAR	10				10	MAR		
	02	FEB	11				11	FEB		
	01	JAN	12				12	JAN		
12	DEC	13					13	DEC		
11	NOV	14					14	NOV		
10	OCT	15					15	OCT		
09	SEP	16					16	SEP		
2	08	AUG	17				17	AUG	2	
0	07	JUL	18				18	JUL	0	
1	06	JUN	19				19	JUN	1	
8	05	MAY	20				20	MAY	8	
	04	APR	21				21	APR		
	03	MAR	22				22	MAR		
	02	FEB	23				23	FEB		
	01	JAN	24				24	JAN		
12	DEC	25					25	DEC		
11	NOV	26					26	NOV		
10	OCT	27					27	OCT		
09	SEP	28					28	SEP		
2	08	AUG	29				29	AUG	2	
0	07	JUL	30				30	JUL	0	
1	06	JUN	31				31	JUN	1	
7	05	MAY	32				32	MAY	7	
	04	APR	33				33	APR		
	03	MAR	34				34	MAR		
	02	FEB	35				35	FEB		
	01	JAN	36				36	JAN		
12	DEC	37					37	DEC		
11	NOV	38					38	NOV		
10	OCT	39					39	OCT		
09	SEP	40					40	SEP		
2	08	AUG	41				41	AUG	2	
0	07	JUL	42				42	JUL	0	
1	06	JUN	43				43	JUN	1	
6	05	MAY	44				44	MAY	6	
	04	APR	45				45	APR		
	03	MAR	46				46	MAR		
	02	FEB	47				47	FEB		
	01	JAN	48				48	JAN		
12	DEC	49					49	DEC		
11	NOV	50					50	NOV		
10	OCT	51					51	OCT		
09	SEP	52					52	SEP		
2	08	AUG	53				53	AUG	2	
0	07	JUL	54				54	JUL	0	
1	06	JUN	55				55	JUN	1	
5	05	MAY	56				56	MAY	5	
	04	APR	57				57	APR		
	03	MAR	58				58	MAR		
	02	FEB	59				59	FEB		
	01	JAN	60				60	JAN		
12	DEC	61					61	DEC		
11	NOV	62					62	NOV		
10	OCT	63					63	OCT		
09	SEP	64					64	SEP		
2	08	AUG	65				65	AUG	2	
0	07	JUL	66				66	JUL	0	
1	06	JUN	67				67	JUN	1	
4	05	MAY	68				68	MAY	4	
	04	APR	69				69	APR		
	03	MAR	70				70	MAR		
	02	FEB	71				71	FEB		
	01	JAN	72				72	JAN		

INTERVIEWER'S OBSERVATIONS

TO BE FILLED IN AFTER COMPLETING INTERVIEW

COMMENTS ABOUT RESPONDENT:

COMMENTS ON SPECIFIC QUESTIONS:

ANY OTHER COMMENTS:

SUPERVISOR'S OBSERVATIONS

NAME OF SUPERVISOR: _____ DATE: _____