

SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
 Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2009
 Life Pilot Study Registration Visit Questionnaire-Household

R-H

IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel: _____

Date of Interview : / /
 DAY MONTH YEAR Record the Time :
 HOURS MINUTES

Name of the Respondent : _____ Relationship to the female participant :

Interviewer's Name/ID : _____

I. HOUSEHOLD DEMOGRAPHICS ఇంటి యొక్క వివరాలు :							
1. Now I would like to ask some information about the people who usually live in your household. ఇప్పుడు నేను మీ ఇంట్లో నివసించు వారి గూర్చి కొంత సమాచారము అడగదల్చుకున్నాను.							
Line No.	Name of Usual Residents	Sex		Age*	Relationship to female Life Participant	Whether eligible for LIFE Study?	
		M	F			Yes	No
1		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0
2		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0
3		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0
4		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0
5		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0
6		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0
7		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0
8		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0
9		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0
10		1	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0

*For infants less than one year, code "00"
 Codes for Relationship to female LIFE participant
 01= Female LIFE participant 02= Husband 03= Son or daughter
 04= Step-son or step daughter 05= Father-in-law or Mother-in-law 06= Father or mother
 07= Brother-in-law or sister-in-law 08= Brother or sister 09= Uncle or aunt
 10= Cousin 11= Co-sister 12= Other

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
2.	Household Structure (Family Type) కుటుంబ రకము	Nuclear Family.....1 Joint Family.....2	
3.	How often is the interior white wash done in your house? ఎంత తరచుగా మీరు మీ ఇంటి గోడలకు సున్నము వేస్తారు ?	Twice A Year1 Once In A Year2 Once In Two Years3 Festival / Marriage Occasion4 Never 5	5
4.	When was the interior white wash done recently? ఈ మధ్య కాలంలో మీ ఇంటి లోపల సున్నము ఎప్పుడు వేయించారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month Year Don't Know77	
5.	How many rooms are there in your house? మీ ఇంట్లో మొత్తము ఎన్ని గదులు ఉన్నాయి?	One Room1 Rooms <input type="text"/> <input type="text"/>	7
6.	What is the central / main / largest room used for throughout the day and night? (Record all mentioned) రోజంతా (పగలు మరియు రాత్రి) అందరూ సాధారణంగా వాడే గది ఏయే పనుల కొరకు ఉపయోగిస్తారు?	Bed Room / Sleeping.....A Sitting / Meeting With GuestsB Food Preparation / Kitchen.....C Dining Room.....D Other.....E (Specify)	
7.	Which of the following do you have in your household? (Read through each item. Record all mentioned) ఈ క్రింద వివరించిన ఏయే వస్తువులు మీ ఇంట్లో ఉన్నాయి? ప్రతి యొక్క వస్తువును వరుసగా చదివి (వర్ణించిన వాటిని అన్నింటినీ గుర్తించండి)	Electricity..... A Mattress.....B Pressure Cooker..... C Chair.....D Cot..... E Table..... F Fan.....G Radio.....H B&W Television.....I Color Television...J Sewing Machine.....K Thresher..... L Cell Phone..... M Any Other Telephone....N Computer.....O Refrigerator..... P Watch/Clock.....Q Water Pump.....R Tractor.....S Animal Drawn Cart..... T Motorcycle/2-Wheeler.... U Car/Truck.....V Other.....W None Of The Above.....X (Specify)	
8.	Is there a poultry farm close to your house? మీ ఇంటి సమీపంలో కోళ్ళపాం ఉన్నదా?	Yes1 No0 Don't Know77	10

9.	How far away from your house is the poultry farm? కోళ్లసాం మీ ఇంటికి ఎంత దూరములో ఉంటుంది?	$\leq 1\text{KM}$1 More than 1KM but $\leq 3 \text{ KM}$2 More than 3KM but $\leq 5 \text{ KM}$3 More than 5KM4 Don't Know77	
10.	Is there a brick factory close to your house? మీ ఇంటి సమీపంలో ఇటుకల బట్టి / ఫ్యాక్టరీ ఉన్నదా ?	Yes1 No0 Don't Know77	} 12
11.	How far away from your house is the brick factory? ఇటుకల బట్టి మీ ఇంటికి ఎంత దూరములో ఉంటుంది?	$\leq 1\text{KM}$1 More than 1KM but $\leq 3\text{KM}$2 More than 3KM but $\leq 5\text{KM}$3 More than 5KM4 Don't Know77	
II	FAMILY INCOME కుటుంబ ఆదాయం :		
12.	How many persons in the household work? (Include the person answering the questionnaire) మీ ఇంట్లో మొత్తం ఎంత మంది పని చేస్తుంటారు? (సమాచారమిచ్చే వ్యక్తితో సహా)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Income from Farming వ్యవసాయం ద్వారా కలుగు ఆదాయం			
13.	Does the household own any agricultural land ? మీకు స్వంతంగా వ్యవసాయ భూమి ఉన్నదా?	Yes1 No.....0 →	17
14.	How much land does the household own? మీకు స్వంతంగా ఎంత భూమి ఉన్నది?	Acres <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	
15.	How much land does the household cultivate? మీరు ఎంత భూమిలో పంట పండిస్తారు?	Acres <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	
16.	How much land does the household leased out ? మీరు ఎంత భూమిని కౌలుకి ఇచ్చారు?	Acres <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> No land leased out0	
17.	How much land does the household taken on lease? మీరు ఎంత భూమిని కౌలుకి తీసుకున్నారు?	Acres <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> No land taken on lease0	
18.	Does anyone in the family earn income from farming? మీ ఇంటిలో ఎవరైనా వ్యవసాయం ద్వారా ఆదాయం పొందుతున్నారా ?	Yes1 No.....0 →	21

		Name of the crops పంటల యొక్క పేర్లు	How many acres for each crop? ప్రతి పంటకు ఎన్ని ఎకరాలు వాడతారు	Cost of cultivation (Rs. Per acre) పంట పండించు టకు ఖర్చు ఎంత?	Value of crop output (Rs. per acre) పండిన పంట యొక్క విలువ ఎంత?	What type of irrigation? ఏ రకమైన నీటి వారుదల వసతి కలదు?
19.	What crops do you grow during Kharif/Monsoon season? ఖరీఫ్ కాలంలో మీరు ఏయే పంటలు పండిస్తారు?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	Tank.....A Well/Bore WellB Rain.....C OtherD _____ (Specify)
20.	What crops do you grow during Rabi / Winter season? రబీ / శీతా కాలంలో మీరు ఏయే పంటలు పండిస్తారు?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	TANK...A WELL/BORE WELLB RAIN.....C OTHER...D _____ (Specify)

Income from Off-farm Activities

వ్యవసాయేతర పనుల ద్వారా కలుగు ఆదాయం

21.	Does the family make any income from other agricultural activities (for instance, livestock)? మీ కుటుంబంలో ఎవరైనా వ్యవసాయేతర పనుల ద్వారా ఆదాయం పొందుతున్నారా? (ఉదా: గొర్రెల కాపరి, పాల వ్యాపారం, కోళ్లపాం మొదలైనవి)	Yes 1 No0 → 26	
22.	What type of other agricultural work does the family (or family member) do? ఏ రకమైన వ్యవసాయేతర పనులు మీ కుటుంబం (లేక కుటుంబ సభ్యుడు) చేస్తారు ?	_____	
23.	What is the monthly income from off-farm activities? వ్యవసాయేతర పనులు ద్వారా కలుగు మీ యొక్క నెలసరి ఆదాయం ఎంత?	Rs. _____	
24.	What were the expenses incurred last month ? గత నెల మీకయిన ఖర్చు ఎంత?	Rs. _____	
25.	What was the savings from this work last month ? వచ్చిన ఆదాయంలో గత నెల ఈ పని వలన మీరు ఎంత పొదుపు చేసారు ?	Rs. _____	

Salary Income జీతము ద్వారా కలుగు ఆదాయం :						
26.	Does anyone in the family make salaried income (weekly/monthly salary)? మీ కుటుంబంలో ఎవరైనా జీతం ద్వారా ఆదాయం పొందుతున్నారా? (వారానికి / నెలకి)	Yes1 No0 → 32				
	Copy Line No. from Q.1	HHM1 <input type="checkbox"/>	HHM2 <input type="checkbox"/>	HHM3 <input type="checkbox"/>	HHM4 <input type="checkbox"/>	Total
27.	What is the occupation of the household member? (Record for each member of the household) కుటుంబ సభ్యుని యొక్క వృత్తి ఏమిటి?					
28.	What was the total salary last month? (in Rs.) (Record for each member of the household) గత నెలలో మీ మొత్తం ఆదాయం ఎంత? (రూ.లలో) (ఇంటిలో ప్రతి ఒక్కరిని గుర్తించండి)					
29.	What was the take-home salary last month? (in Rs.) (Record for each member of the household) గత నెలలో మీ చేతికి వచ్చిన ఆదాయం ఎంత? (రూ.లలో) (ఇంటిలో ప్రతి ఒక్కరిని గుర్తించండి)					
30.	What were the expenses incurred last month? (in Rs.) (Record for each member of the household) గత నెల మీ కయిన ఖర్చు ఎంత? (రూ.లలో) (ఇంటిలో ప్రతి ఒక్కరిని గుర్తించండి)					
31.	What was the savings from the income last month? (in Rs.) (Record for each member of the house hold) గత నెల మీ ఆదాయంలో మీరు ఎంత పాదుపు చేసారు? (రూ.లలో) (ఇంటిలో ప్రతి ఒక్కరిని గుర్తించండి)					
Income from Labour కూలి పని ద్వారా కలుగు ఆదాయం :						
32.	Does anyone in the family make income from labour (daily wages)? మీ కుటుంబంలో ఎవరైనా కూలి పని ద్వారా ఆదాయం పొందుతున్నారా? (రోజు కూలి)	Yes1 No0 → 38				
	Copy Line No. from Q.1	HHM1 <input type="checkbox"/>	HHM2 <input type="checkbox"/>	HHM3 <input type="checkbox"/>	HHM4 <input type="checkbox"/>	Total
33.	What type of labour work does the family members do for wages? ఏ రకమైన కూలి పని మీ కుటుంబ సభ్యులు చేస్తారు?					
34.	What was the number of days worked last month? గత నెలలో ఎన్ని రోజులు కూలి పని చేసారు?					

	Copy Line No. from Q.1	HHM1 <input type="checkbox"/>	HHM2 <input type="checkbox"/>	HHM3 <input type="checkbox"/>	HHM4 <input type="checkbox"/>	Total
35.	What was the total income last month? (in Rs.) గత నెలలో మీ మొత్తం ఆదాయం ఎంత? (రూ.లలో)					
36.	What were the expenses associated with this wage labor last month? (in Rs.) గత నెల ఈ పని కొరకు మీకయిన ఖర్చు ఎంత? (రూ.లలో)					
37.	What was the saving last month? (in Rs.) (Record for each member of the household) గత నెల పొదుపు చేసినది ఎంత ? (రూ.లలో) (ఇంటిలో ప్రతి ఒక్కరిని గుర్తించండి)					
	Other Income					
38.	Is there any other type of income earned by family members? (includes Petty business) ఇంకా ఏ రకమైన ఆదాయంను మీ కుటుంబ సభ్యులు పొందుతున్నారు ?	Yes1 (SPECIFY) No0 → 44				
	Copy Line No. from Q.1	HHM1 <input type="checkbox"/>	HHM2 <input type="checkbox"/>	HHM3 <input type="checkbox"/>	HHM4 <input type="checkbox"/>	Total
39.	What type of other work/petty business does the family member do ? ఏ రకమైన పని / చిన్న మొత్తముల వ్యాపారము మీ కుటుంబ సభ్యులు చేయుచున్నారు ?					
40.	What was the no. of days worked last month? గత నెలలో ఎన్ని రోజులు పని చేసారు?					
41.	What was the total income last month? (in Rs.) గత నెలలో మీ మొత్తం ఆదాయం ఎంత? (రూ.లలో)					
42.	What were the expenses associated with this work last month? (in Rs.) గత నెల ఈ పని కొరకు మీకయిన ఖర్చు ఎంత? (రూ.లలో)					
43.	What was the savings from this work last month? (in Rs.) (Record for each member of the household) గత నెల ఈ పని వలన వచ్చిన ఆదాయంలో మీరు ఎంత పొదుపు చేసారు ? (రూ.లలో) (ఇంటిలో ప్రతి ఒక్కరిని గుర్తించండి)					

III. HEALTH CARE ఆరోగ్య సంరక్షణ :

The following questions are about health care:

44.	<p>Where does the family usually go for ROUTINE health care or problems which are not an emergency? (Record all mentioned) మీరు సాధారణంగా ఆరోగ్య సంరక్షణకై చికిత్సకు ఎక్కడికి వెళతారు? (వర్తించిన వాటిని అన్నింటినీ గుర్తించండి)</p> <p>Govt. /Municipal Health Facility A UHC/UHP/UFWC..... B CHC/PHC/SC..... C Anganwadi / ICDS Center D Other Govt. Facility..... E Private Doctor F Medicity Hospital G Private Hospital Other Than Medicity. H RMP..... I Homeopath/Indian System of Medicine..... J Medical Store/Drug Store K Traditional Healer L Treatment At Home With Home Remedy..... M Some Other Place _____ N (Specify)</p> <p>Don't Have A Usual Place O Don't Know 77 Did Not Answer 88</p>	
45.	<p>Where does the family usually go for an EMERGENCY? (Record all mentioned) మీరు అత్యవసర సమయాల్లో ఆరోగ్య సంరక్షణకై చికిత్సకు ఎక్కడికి వెళతారు? (వర్తించిన వాటిని అన్నింటినీ గుర్తించండి)</p> <p>Govt. /Municipal Health Facility A UHC/UHP/UFWC..... B CHC/PHC/SC..... C Anganwadi / ICDS Center D Other Govt. Facility..... E Private Doctor F Medicity Hospital G Private Hospital Other Than Medicity. H RMP..... I Homeopath/Indian System of Medicine..... J Medical Store/Drug Store K Traditional Healer L Treatment At Home With Home Remedy..... M Some Other Place _____ N (Specify)</p> <p>Don't Have A Usual Place O Don't Know 77 Did Not Answer 88</p>	

THANK THE RESPONDENT FOR HIS/HER CO-OPERATION AND REASSURE HIM/HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HIS /HER ANSWERS. .

RECORD THE TIME : _____

Hours	

Minutes	

SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2009
Life Pilot Study Registration Visit Questionnaire-Women

R-W

IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Tel.No : _____

Participant's (Woman) Name : _____ Study ID : _____

Husband's Name : _____ Study ID : _____

Date of Interview : / /
DAY MONTH YEAR

Record the Time :
Hours Minutes

Interviewer's Name/ID : _____

Introduction: Thank you for agreeing to respond to the questions in this questionnaire. The questions cover the following topics: your background, occupation, education, health, medical history, family history, physical activity, gender roles, sanitation, and exposure to pesticides, pollution, alcohol consumption, cigarette/bidi exposure and animal tending. We are asking each of these questions because we believe they may play a role in determining your health and may have an influence on how big your babies are when they are born. We hope that if we can find out why so many babies are so little, that we may be able to do something in the future to make sure that they are big enough when they are born.

None of this information will be shared with anyone outside of the project. We will keep your information confidential and anonymous. If you feel uncomfortable or do not want to answer any question, please say this and I (the interviewer) will then move to the next question. If you have doubts about why we are asking certain questions, please ask and I will explain the reason for the question. None of the questions are meant to offend, imply anything, or make judgments about you or your family.

పరిచయము : ఈ ప్రశ్నాపత్రములోని ప్రశ్నలకు సమాధానము ఇవ్వడానికి అంగీకరించినందుకు మీకు మా వందనాలు. ఈ ప్రశ్నాపత్రము ద్వారా ఈ క్రింది విషయాలను గూర్చి మిమ్ములను ప్రశ్నిస్తాము: మీ కుటుంబ వివరాలు, వృత్తి, విద్య, ఆరోగ్యము, వైద్య చరిత్ర, కుటుంబ చరిత్ర, శారీరక క్రియలు, లింగపాత్రలు, పాలిశుభ్రత, వాడుతున్న క్రిమి సంహారకాలు, ఇంటి పరిసరాల్లోని కాలుష్యము, మద్యపానము సేవించుట, పొగత్రాగుట లాంటి అలవాట్లు మరియు మీ పెంపుడు జంతువులు మొదలైన వాటి గురించి కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాము. ఎందుకంటే మేము అడిగే ప్రతి విషయము మీ ఆరోగ్యాన్ని నిర్ధారించుటలో పాత్ర వహిస్తుందని మరియు పుట్టిన పిల్లల పరిమాణముపై ప్రభావము చూపుతుందని నమ్ముచున్నాము. శిశువులు తక్కువ పరిమాణంలో పుట్టడానికి కారణాన్ని కనుక్కోగలిగితే భవిష్యత్తులో శిశువుల పరిమాణాన్ని సరి చేసేందుకు అవకాశాలుంటాయని మేము భావిస్తున్నాము.

ఈ సమాచారము ప్రాజెక్టు బయట ఎవరితోను పంచుకోము. ఈ సమాచారమును చాలా రహస్యంగా ఉంచుతాము మరియు మీ పేరు ఎక్కడ చూపము. ఒకవేళ మీకు ఇబ్బందికరంగా ఉంటే ఏదైనా ప్రశ్నకు సమాధానం ఇవ్వడం ఇష్టం లేకపోతే దయచేసి నాకు (ఇంటర్వ్యూ చేయు వారికి) తెలపండి, ఆ ప్రశ్నను వదిలి తర్వాత ప్రశ్న అడుగుతాము. ఒకవేళ మీకు ఈ ప్రశ్నలు ఎందుకు అడుగుచున్నారనే అనుమానం కలిగినట్లయితే దయచేసి నన్ను అడగండి, నేను దానికి గల కారణాలను వివరిస్తాను. ఏ ప్రశ్న కూడా మిమ్ముల్ని లేక మీ కుటుంబాన్ని కించపరచడానికి లేక మీ స్థితిగతులపై తీర్పు చెప్పడం కొరకు కాదు.

I will begin with some general questions about your background.
నేను మీకు సంబంధించిన వివరాలను సాధారణ ప్రశ్నలతో మొదలుపెడతాను.

S.NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1. DEMOGRAPHICS వ్యక్తిగత వివరాలు			
1.1.	What is your religion? మీ యొక్క మతము ఏమిటి?	Hindu.....1 Muslim.....2 Christian.....3 Other_____8 (specify)	
1.2.	What is your caste and tribe? మీ యొక్క కులము ఏమి మరియు మీరు ఏ తెగకు చెందినవారు?	Caste_____ (specify) Scheduled caste..... 1 Scheduled tribe.....2 Backward caste.....3 None of the above....4	
1.3.	What is your current age? ఇప్పుడు మీ వయస్సెంత?	Age (completed years) <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.4.	What is your date of birth? మీరు పుట్టిన తేదీ ఏమి?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year Don't know..... 77	
1.5.	How old were you at the time of your (current) marriage? (ప్రస్తుత) పెండ్లి నాటికి మీ వయస్సెంత?	Years <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77	
1.6.	What is your date of marriage? మీ వివాహమయిన (పెళ్ళయిన) తేదీ ఏమి?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year Don't know..... 77	
1.7.	Before you got married, was your (current) husband related to you in any way పెళ్ళి కాక మునుపు మీ (ప్రస్తుత) భర్త మీకు ఏ విధముగనైనను బంధువా?	Yes1 No2	→ 2.1
1.8.	What type of relationship was it? ఏ రకమైన బంధుత్వము?	First cousin on father's side..... 1 First cousin on mother's side 2 Second cousin..... 3 Maternal uncle 4 Brother-in-law..... 5 Other blood relative..... 6 Other non-blood relative 7	
2. OCCUPATION వృత్తి			
I would like to start by asking you about any work you do outside of your home, even if it's seasonal or part-time work. We would like to know about the environment in which you work. నేను మీరు చేస్తున్న పని గుర్తి (మీ ఇంటి బయటి పని, కాలాలను బట్టి చేసే పని లేక పార్టు టైం పనులకు సంబంధించిన) ఆ చుట్టు ప్రక్కల ఉన్న వాతావరణము గురించి తెలుసుకోవాలని అడుగుతున్నాను.			
2.1	Do you work outside the home? మీరు ఇంటి బయట పని చేస్తారా ?	Yes.....1 No.....0	→ 3.1

2.2	<p>What is your occupation? మీరు ఏమి పని చేస్తారు ?</p>	<p>Work on own agricultural land.....1 Work on someone else land on lease.....2 Agricultural labourer.....3 Construction labourer.....4 Brick factory labour work.....5 Factory work (e.g. sewing).....6 Domestic help (someone else house)..... 7 Retail/selling things.....8 Private service.....9 Artisan/traditional caste occupation.....10 Government service.....11 Other _____ 12 (specify)</p>	<p>→ 2.6</p>
2.3	<p>Approximately how many days did you work in the last month (agriculture/labour) outside the home? గడచిన మాసంలో సుమారుగా ఎన్ని రోజులు ఇంటి బయట (వ్యవసాయం/కూలి) పని కోసం వెళ్ళారు?</p>	<p>Days <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77</p>	
2.4	<p>How many days in a week do you work (agriculture/labour) outside the home? మీరు వారానికి ఎన్ని రోజులు (వ్యవసాయం/కూలి) ఇంటి బయట పని చేస్తారు?</p>	<p>Days per week <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77</p>	
2.5	<p>Whenever you go to work (agriculture/labour) how long do you spend working in a day? మీరు పనికి వెళ్లిన ప్రతిసారి (వ్యవసాయం/కూలి) ఒక రోజులో ఎంత సమయం కేటాయిస్తారు?</p>	<p>Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77</p>	
2.6	<p>How far is your place of work from your home? మీ ఇంటి నుండి పని చేయు స్థలము ఎంత దూరము?</p>	<p>≤ 1 km.....1 More than 1 km, ≤ 3 km.....2 More than 3 km, ≤ 5 km.....3 More than 5 km.....4 Working at home.....5 Don't know..... 77</p>	
2.7	<p>How do you travel to your work? మీరు పనికి ఏ విధంగా ప్రయాణించి వెళ్తారు?</p>	<p>Walking.....A BicycleB Motorcycle / 2 wheeler.....C Car.....D Bus.....E Other _____ F (specify)</p>	

3. EDUCATION విద్య		
I would like to ask you a few questions about your education.		
నేను మీ విద్యను గూర్చిన కొన్ని ప్రశ్నలు అడగాలని అనుకుంటున్నాను.		
3.1.	Have you had any schooling? మీరు బడికి వెళ్ల చదువుకున్నారా?	Yes.....1 No.....0 → 3.3
3.2.	What is the highest standard you completed? మీరు ఎంత వరకు చదువుకున్నారు?	Standard <input type="text"/> If standard 5+ <input type="checkbox"/> → 3.4
3.3.	Can you read? మీరు చదవగలరా?	Yes.....1 No.....0 → 3.5
3.4	Which languages can you read? మీరు ఏయే భాషలు చదవగలరు?	Telugu.....A Hindi.....B English.....C Urdu.....D Other _____ E (specify) If standard 5+ <input type="checkbox"/> → 3.6
3.5	Can you write? మీరు వ్రాయగలరా?	Yes.....1 No.....0 → 3.7
3.6	Which languages can you write? మీరు ఏయే భాషలు వ్రాయగలరు?	Telugu.....A Hindi.....B English.....C Urdu.....D Other _____ E (specify)
3.7	Are you currently attending any school, college, training, vocational training? ప్రస్తుతం మీరు ఏదైనా బడిలో, కాలేజీలో ట్రైనింగ్, వృత్తి విద్య లేక ట్యూటరింగ్ లో పాల్గొంటున్నారా?	Yes _____ 1 (specify) No0
4. HEALTH ఆరోగ్యము		
Next, I have some general questions about your health.		
తరువాత మీ ఆరోగ్యము గూర్చి కొన్ని సాధారణ ప్రశ్నలు అడుగుతాను.		
4.1	Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు? చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా?	Very good1 Good2 Average.....3 Poor.....4

The following questions are about your recent health during the past 30 days.

గడచిన 30 రోజులలో మీ యొక్క ఆరోగ్యమునకు సంబంధించిన ప్రశ్నలు ఈ క్రింద అడగబడును.

4.2	Have you had any of the following during the past 30 Days? గడచిన 30 రోజుల్లో ఈ క్రింది వాటిలో దేనితోనైనా బాధపడ్డారా? a. Diarrhea విరేచనాలు b. Blood in stools మలంలో రక్తం c. Vomiting వాంతులు d. Asthma attacks దమ్ము e. Respiratory infections(cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలైనవి) f. Throat infections (sore throat) గొంతువ్యాధులు (పొడి దగ్గు) g. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధ వ్యాధి [prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination] h. Fever జ్వరం i. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, కృంగిపోవుట, భావోద్రిక సమస్యలు	YES	NO	NO. OF DAYS ILL
	a. Diarrhea విరేచనాలు	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Blood in stools మలంలో రక్తం	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Vomiting వాంతులు	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Asthma attacks దమ్ము	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Respiratory infections(cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలైనవి)	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f. Throat infections (sore throat) గొంతువ్యాధులు (పొడి దగ్గు)	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధ వ్యాధి [prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination]	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	h. Fever జ్వరం	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	i. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, కృంగిపోవుట, భావోద్రిక సమస్యలు	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.3	In the past month (30 days), did you take any antibiotic or medication or pills or injection for any infection? గడచిన మాసంలో మీరు ఏదేని ఇన్ఫెక్షన్ కొరకు యాంటి బయోటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా ?	Yes.....1	No.....0	Don't know.....77 Did not answer.....88
<p>In this section I am asking about vitamin deficiencies. When someone is missing certain vitamins in their diets there are three things they might experience: - very sore and swollen tongue; - cracks and soreness at the corners of the mouth; - night blindness. These symptoms of vitamin deficiency would last a long time, difficult to treat, and would probably get worse over time before getting better. ఈ విభాగంలో నేను విటమిన్ లోపాలను గురించి కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాను. కొంతమందికి ఆహారములో విటమిన్లు లోపించినట్లయితే వారికి నాలుకపై పుండ్లు, పొక్కులు, నోటి చివర పగుళ్లు, రేచీకటి లాంటి లక్షణాలు కలుగవచ్చును. ఈ లక్షణాలు విటమిన్ లోపమునకు కారణము, ఇవి చాలా కాలం ఉంటాయి మరియు చికిత్స చేయుటకు చాలా కష్టము.</p>				
4.4	Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి యాంటిబయోటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.	Days Taken <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medications (specify) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____		

4.5	Have you ever in your life had sore tongue, cracks at the corners of the mouth, night blindness that lasted more than a week and got worse over time? మీ జీవితకాలంలో మీకు ఎప్పుడైనా నాలుకపై ఘండ్లు, పొక్కులు లేక రేచీకటి లాంటి లక్షణాలతో వారం కన్నా ఎక్కువ కాలం బాధపడ్డారా? Sore tongue నాలుకపై పొక్కులు Cracks at the corners of the mouth నీటి చివలలో పగుళ్ళుపొక్కులు Night blindness రేచీకటి			Did/do you take medicines? మీరు మందులు తీసుకున్నారా?	Specify medicines మందులను వివరించండి		
		అవును కాదు		Yes	No		
		Yes	No	Yes	No		
		1	0	1	0		
		1	0	1	0		
4.6	In the past month (30 days), were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury? గడచిన మాసంలో మీరు ఏదేని అనారోగ్యం లేక గాయం వల్ల మీరు మామూలుగా చేయు పనులు చేయలేకపోయారా?	Yes.....1 No.....0				→ 5.1	
4.7	How many days were you unable to do your regular duties because of injury/ illness? ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం / గాయం వల్ల రోజూ చేయు పనులు చేయలేకపోయారు?	Injury Illness		<input type="checkbox"/> Days <input type="checkbox"/> Days			

5. DEPRESSION అదైర్ష్యం / కృంగుదల

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you cannot take care of yourself or your family.

తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ మానసిక ఆరోగ్యం గూర్చి ఉంటాయి. ఈ 5 ప్రశ్నలతో మీరు మానసిక లక్షణాలు ఏమైనా అనుభవించారా అని తెలుసుకుంటాం. ఈ ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే మీరు కృంగిపోయిన స్థితిలో ఉన్నారని కాదు, కాని ఈ లక్షణాలు సర్వ సాధారణంగా ఏదో ఒక సమయాల్లో ఉంటాయి. ప్రజలు వారి జీవితంలోని ఒత్తిడి, పనిలో ఒత్తిడి లేక కుటుంబంలో సమస్యల వల్ల కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. జీవితంలో అన్ని సాఖ్యంగా జరుగుతున్నప్పుడు కూడా ఏ కారణం లేకుండానే కృంగుదలకు గురికావచ్చును. విషాదాలు లేక ఎగుడు దిగుడు ఏదో సమయాల్లో ఖచ్చితంగా సర్వ సాధారణము. మీరు ఏ లక్షణాలు అనుభవించారో ఏ లక్షణాలు మీ జీవితాన్ని కలత పరిచాయో అనేది మేము తెలుసుకోవాలని ఇష్టపడుచున్నాము. ఉదా : ఒక కుటుంబంలో సభ్యుడు చనిపోతే బాధపడడం అనేది సహజం కాని మీరు అటువంటి బాధను మీ కుటుంబంలో ఎవరూ చనిపోకుండానే అనుభవిస్తున్నారా లేక అటువంటి బాధకు గురి అయి కనీసం మీ గురించి మరియు మీ కుటుంబం గురించి శ్రద్ధ తీసుకోలేకపోతున్నారా అనేది మేము తెలుసుకోవాలనుకుంటున్నాము.

5.1.	Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? మీరు కృంగిపోవడం అనే భావన లేక నిరాశ భావాలు కలిగి యున్నారా? (Probe: have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis? ప్రేరేపించు : మాకు పరిస్థితులు ఎప్పుడూ బాగుపడవు. నేను సంతోషంగా ఉండను, ప్రతీది తప్ప జరుగుతుంది అనే ఆలోచనలు మిమ్మల్ని ఎక్కువగా బాధ పెట్టి రోజువారీ పనులు చేసుకోవడం కష్టంగా ఉంటుందా?)	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	
------	---	---	--

5.2.	Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? మీరు సంతోషించు సమయాన తక్కువ ఆనందం పొందానని అనిపించిందా? (probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?) మీరు ఇప్పుడుతో చేయు పనులు అనగా, టి.వి చూడడం, స్నేహితులతో గడపడం మీకు సంతోషాన్ని ఇవ్వడం లేదా?)	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	
5.3.	Have you lost weight without trying to lose weight? మీరు ఏమి ప్రయత్నం చేయకుండానే బరువు తగ్గారా? (Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?) మీ బట్టలు మీకు వదులుగా ఉన్నాయా లేక ఎవరైనా మీరు ముందుకన్నా సన్నగా కనబడుతున్నారని చెప్పారా?)	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	
5.4	Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా గాని, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరి కంటే ముందే నిద్ర లేవడం వంటివి వున్నాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	
5.5	Do you have suicidal ruminations? మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలనే ఆలోచనలు కలుతాయా? (Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life) ప్రేరేపించు : మీ జీవితాన్ని అంతం చేసుకోవాలని ఎవ్వరైనా అనిపించిందా?)	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	

6. DENTAL HEALTH దంత ఆరోగ్యం :

These next questions are about your teeth మీ దంత ఆరోగ్యం గూర్చి కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాను.

6.1	Do you have any dental problems? మీకు ఏదైన దంత సమస్య ఉన్నదా ?	Yes.....1 No.....0	→ 6.4
6.2	Please describe the dental problems you have experienced. దయచేసి మీ దంత సమస్యలను వివరించండి?	Bleeding gums.....A Cavities (tooth pulled).....B Cavities (tooth not pulled).....C Tooth fell out (not pulled).....D Chipped or broken tooth.....E Pain in teeth or gums.....F Other _____ G (specify)	
6.3	What did you do about these dental problems? ఈ దంత సమస్యలను గూర్చి మీరు ఏమి చేసారు?	Nothing, no help/treatment sought.....A Treat at home with home remedies.....B Help from village healer.....C Went to dentist/dental office.....D Other _____ E (specify)	→ 6.5

6.4	Have you ever consulted a dentist or gone to a dental clinic? మీరు ఎప్పుడైనా దంత వైద్యుని కలిసారా లేక దంత ఆరోగ్య కేంద్రమునకు వెళ్ళారా?	Yes.....1 No.....0 → 6.8	
6.5	When was the last time you saw a dentist? మీరు దంత వైద్యుని చివరిసారిగా ఎప్పుడు కలిసారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month Year Don't know..... 77	
6.6	Where did you go for regular check-ups? మీరు క్రమంగా దంత పరీక్ష చేయించుకొనుటకు ఎక్కడికి వెళ్తారు?	Nothing, no help/treatment sought.....A Treat at home with home remedies.....B Help from village healer.....C Went to dentist/dental office.....D Other _____ E (specify)	
6.7	How often do you have regular dental check-ups? మీరు ఎంత తరచుగా దంత పరీక్ష చేయించుకుంటారు?	Every 3 months.....1 Every 6 months.....2 Every year.....3 Every 2 years.....4 Rarely.....5 Never.....6	
6.8	After getting your permanent teeth, have you lost any teeth? శాశ్వత దంతాలను పొందిన తరువాత మీకు ఏమైనా దంతాలు ఊడిపోయినాయా ?	Yes.....1 No.....0 Did not answer.....88 → 6.10	
6.9	How many teeth have you lost? మీకు ఎన్ని దంతాలు ఊడిపోయినవి?	<input type="text"/> <input type="text"/> Teeth	
6.10	How many times each day do you clean your teeth? మీరు రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ దంతాలను శుభ్రం చేసుకుంటారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> times	

6.11	What do you use to clean your teeth? మీ దంతాలను శుభ్రం చేసుకొనుటకు మీరు ఏమి వాడుతారు?				
	A. Tooth brush	బ్రెష్తో	1	2	3
	B. Finger	చేతితో	1	2	3
	C. Cloth	బట్టతో	1	2	3
	D. Neem /margosa	వేపపుల్లతో	1	2	3
	E. Tooth paste	పేస్ట్తో	1	2	3
	F. Tooth powder	పౌడర్తో	1	2	3
	G. Charcoal	బొగ్గుతో	1	2	3
	H. Salt	ఉప్పుతో	1	2	3
	I. Others	ఇతరములు	1	2	3
	(specify)				

Circle the spontaneous responses. Ask how often you use it – regularly, sometimes or rarely
Any other way you clean your teeth?
చెప్పిన దానిని మాత్రమే గుర్తించండి.
ఎంత తరచుగా వాడుతారు, క్రమముగా, ఎప్పుడైనా లేక అప్పుడప్పుడు మరియు ఇంక దేనితోనైనా శుభ్రం చేస్తారా అడగండి.

7. PARTICIPANT'S MEDICAL AND FAMILY HISTORY పాత్రదారుని వైద్యారోగ్య అనుభవాలు :

Now I would like to ask you some questions about your medical history.

ఇప్పుడు మిమ్ములను మీ వైద్యారోగ్య అనుభవాలపై కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాను

7.1	Do you suffer from any of the following? ఈక్రింది వాటిలో ఏదేని వ్యాధితో మీరు బాధపడ్డారా?	Yes	No	Age at the time of diagnosis			Do you take medicines?	
	<13 yrs			14-17 yrs	18 yrs & above	Yes	No	
	<u>Interviewer should try to check prescriptions if available.</u>							
	Sugar disease (diabetes) షుగర్ వ్యాధి	1	0	1	2	3	1	0
	High blood pressure అధిక రక్తపోటు (హై బి.పి)	1	0	1	2	3	1	0
	Heart disease గుండె జబ్బు	1	0	1	2	3	1	0
Asthma దమ్ము	1	0	1	2	3	1	0	
Goiter గొంతుపై కణితి	1	0	1	2	3	1	0	

కుటుంబీతరుల వైద్యారోగ్య అనుభవాలు :

Now I would like to ask a few questions about your family medical history.
 మీ కుటుంబ వైద్యారోగ్య అనుభవాలపై కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాను.

7.2.	Do you know the medical history / status of your parents and siblings? మీకు మీ యొక్క తల్లితండ్రుల మరియు తోబుట్టువుల వైద్యారోగ్య చరిత్ర తెలుసా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77	} → 8.1
7.3.	How many sisters and brothers do you have? మీకు ఎంతమంది అక్కచెల్లెండ్రు మరియు అన్నదమ్ములు ఉన్నారు?	Number of sisters <input type="text"/> Age of sister (yrs) #1 <input type="text"/> Age of sister (yrs) #2 <input type="text"/> Age of sister (yrs) #3 <input type="text"/> Number of brothers <input type="text"/> Age of brother (yrs) #1 <input type="text"/> Age of brother (yrs) #2 <input type="text"/> Age of brother (yrs) #3 <input type="text"/>	

Some diseases are hereditary, meaning that multiple members of the same family will get these diseases. For this reason we are interested in the health of your family.
 కొన్ని జబ్బులు వంశపారంపర్యంగా ఉంటాయి. మీ కుటుంబంలోని అనేక మందికి ఒకే జబ్బు రావడం వంటి కారణాలన్నింటినీ బట్టి మేము మీ కుటుంబ ఆరోగ్యమును గూర్చి ఆసక్తి కలిగియున్నాము.

7.4.	Has anyone in your family (i.e. your mother, father, sister(s) or brother(s) ever been told by a doctor or nurse that they had the following indicated in the Table. మీ కుటుంబంలో ఎవరికైనా అనగా మీ తల్లికిగానీ, తండ్రికిగానీ, అక్కచెల్లెండ్రులకు గానీ, అన్నదమ్ములకు గానీ ఈ క్రిందివి ఉన్నవని డాక్టరు గానీ, నర్స్ గానీ ఎప్పుడైనా చెప్పినారా?								
	Sugar disease?			High blood pressure?			Heart problems?		
	Yes	No	DK	Yes	No	DK	Yes	No	DK
Mother	1	0	77	1	0	77	1	0	77
Father	1	0	77	1	0	77	1	0	77
Brother	1	0	77	1	0	77	1	0	77
# of brothers	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Sisters	1	0	77	1	0	77	1	0	77
# of sisters	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		

7.5	Was your mother or were your sister(s) ever told they had toxemia, pre-eclampsia, or high blood pressure during pregnancy? మీ తల్లికిగాని, అక్కచెల్లెండ్రులకుగాని గర్భధారణ సమయాల్లో ఎప్పుడైనా మార్చవ్యాధిగాని, అధిక రక్తపోటుగాని ఉండి ఉన్నాయని చెప్పినారా?		<u>Yes</u>	<u>No</u>	
		Mother	1	0	
		Sister(s)	1	0	
		How many sisters?	<input type="text"/>		
		Don't Know.....	77		

8. BIRTH HISTORY పాత్రదారుని జనన చరిత్ర :
The following questions are about your birth history. మీ పుట్టుకను గూర్చి ఈ క్రింది ప్రశ్నలు అడుగుతాను

8.1	Were you born prematurely, that is, more than 3 weeks early? మీరు నెలలు నిండక ముందే జన్మించారా? అంటే 3 వారాలు కంటే ముందే?	Yes.....1 No.....2 Don't know..... 77	} → 8.3
8.2	How many weeks early were you born? మీరు ఎన్ని వారాల ముందు పుట్టినారు?	Weeks <input type="text"/> Don't know..... 77	
8.3	What was your birth weight when you were born? <i>Record weight in kilograms.</i> మీరు పుట్టినప్పుడు ఎంత బరువుతో పుట్టినారు?	KG <input type="text"/> Don't know..... 77	→ 8.5
8.4	Is this birth weight from memory or from a medical card? మీ బరువు మీకు జ్ఞాపకముండినదా లేక మెడికల్ లకార్డులో నున్నదా?	Memory.....1 Medical card.....2	
8.5	What was your size at birth? మీరు పుట్టినప్పుడు ఎంత పెద్దగా ఉన్నారు?	Large/chubby/big baby.....1 Normal size baby..... 2 Small.....3 Very small.....4 Don't know..... 77	
8.6	Were you a twin or triplet మీరు కవల పిల్లలా ?	Not twin/triplet.....1 Twin.....2 Triplet.....3 Other _____ 4 (specify)	→ 9.1
8.7	Were you and your twin identical or fraternal? మీరు కవలలయితే మీరు మీ తోబుట్టువు ఒకే పోలికగా ఉంటారా లేక వేరువేరుగా ఉంటారా? Probe – if they were identical in looks, mark identical ఒకవేళ వారు ఒకే పోలికతో ఉంటే '1' గుర్తించండి	Identical.....1 Fraternal.....2 Don't know..... 77	

9. REPRODUCTIVE HEALTH సంజానోత్పత్తి ఆరోగ్యము
These next questions are about your menstrual cycle and reproductive health
తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ యొక్క రుతుచక్రము మరియు సంజానోత్పత్తి ఆరోగ్యము గూర్చి

9.1.	How old were you when you had your first menstrual period? మీరు మొదటిసారి పుష్పవతి/పెద్దమనిషి అయినప్పుడు మీ వయస్సెంత?	Age (Years) <input type="text"/> Don't know..... 77	
------	--	--	--

9.2	Have you recently missed a menstrual period? ఈ మధ్య కాలంలో మీకు నెలసరి తప్పినదా?	Yes.....1 No.....0 Don't know..... .77	
9.3	What was the first day of your last menstrual period? గత నెలసరిలో మొదటిరోజు ఏమిటి ? Use events of the past month like festivals to probe for first day of last menstrual period గత నెలలో జరిగిన పండుగలు మొదలగు వాటిపై లోతుగా అడిగి నెలసరిలో మొదటిరోజు తెలుసుకోవాలి.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year Don't know..... 77	
9.4	When do you usually have your menstrual period each month? మామూలుగా ప్రతి నెల మీ నెలసరి ఎప్పుడు వస్తుంది?	According to calendar (date).....1 New moon.....2 Before half moon.....3 Full moon.....4 Does not come at predictable times.....5 Comes rarely.....6 Never had a menstrual period..... 7 Don't know.....77 Did not answer..... 88	
9.5	Have you ever used the Sunday/Monday tablets to delay your period? మీరు ఎప్పుడైనా సండే, మండే బిళ్లల్ని వాడినారా?	Yes.....1 No..... 0 Not aware of tablets.....77	→ 9.7
9.6	How many <i>Sunday/Monday</i> tablets have you taken in the <u>past three months</u> ? గత మూడు నెలల్లో ఎన్ని సండే, మండే బిళ్లల్ని తీసుకున్నారు?	Tablets <input type="text"/>	
9.7	Have you ever had a vaginal infection or vaginal problems? (<i>Thella batta, Erra batta</i>) మీకు ఎప్పుడైనా యోని సంబంధిత అంటు వ్యాధి లేక యోనికి సంబంధించిన సమస్యగాని వచ్చినదా? (తెల్లబట్ట, ఎర్రబట్ట)	Yes.....1 No.....0 Don't know..... .77	
Some women use a technique known as douching. By douching, we mean putting a substance into your vagina for routine cleansing. To clean regularly with soap and water on the outer part of the vagina is not douching. కొంతమంది స్త్రీలు డౌచింగ్ అనే టెక్నిక్ వాడుతారు. డౌచింగ్ అనగా యోనిలో ఒక పదార్థం పెట్టి వాడుకగా శుభ్రం చేయుట కాని తరచుగా సబ్బు నీటితో యోని చుట్టు ప్రక్కల శుభ్రం చేసుకొనుట డౌచింగ్ కాదు.			
9.8	Do you put a substance into your vagina for routine cleansing? మీకు యోనిలో ఏదైనా పదార్థమును పెట్టి శుభ్రం చేసే వాడుక/అలవాటు ఉన్నదా? <i>Probe to make sure that she is not saying yes because she cleans regularly with soap and water.</i>	Yes.....1 No.....0 Don't know..... .77	

9.9	Did a doctor or medical professional ever instruct you to use something to clean inside your vagina? మీకు డాక్టర్ గాని, నర్స్ గాని ఎప్పుడైనా యోనిని శుభ్రం చేసుకొను విధానములు మీకు సూచించారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know77	→ 10.1
9.10	In the past 30 days, how many days have you douched? గతచిన్ 30 రోజుల్లో మీరు ఎన్ని రోజులు డౌచింగ్ చేసారు?	Days <input type="text"/> Don't know.....77 Did not answer88	
9.11	What type of products do you use to douche? మీరు ఏ రకమైన పదార్థములతో డౌచింగ్ చేస్తారు?	Douching product sold in stores.....A Vinegar.....B Betadine / iodine.....C Scented vaginal product.....D Household cleansers.....E Home made _____ (specify) F Don't know.....77 Did not answer88	

10. PREGNANCY AND FERTILITY PREFERENCES గర్భధారణ మరియు ఫలదీకరణ ప్రాధాన్యతలు

Now would like to ask you about pregnancy and desired number of children.

ఇప్పుడు మిమ్మల్ని గర్భధారణ మరియు మీకు ఎంత మంది పిల్లలు కావాలనుకుంటున్నారు అనే విషయాలను గూర్చి అడుగుతాను.

10.1	Are you pregnant now? మీరు ఇప్పుడు గర్భిణిగా ఉన్నారా?	Yes.....1 No0 Don't know.....77 Did not answer.....88	→ 10.3
10.2	How many weeks pregnant are you? మీరు ఎన్ని వారాల గర్భవతి?	Weeks <input type="text"/>	→ 10.4
10.3	Are you trying to become pregnant? మీరు గర్భము కొరకు ప్రయత్నిస్తున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77	→ 10.4
10.3a	Since how long you are trying for pregnancy? మీరు ఎంతకాలం నుండి గర్భము కొరకు ప్రయత్నిస్తున్నారు?	Weeks..... <input type="text"/> or Months <input type="text"/> or Years <input type="text"/>	
10.4	Have you and your husband been together in the past week (7 days)? మీరు, మీ భర్త, గతవారము (ఏడురోజులు) దాంపత్యంలో కలిసి ఉన్నారా?	Yes.....1 No.....0 Did not answer88	→ 10.6
10.5	How many days have you been together in the past week (7 days)? గతవారములో (7 రోజుల్లో) మీరు ఎన్ని రోజులు దాంపత్యంలో కలిసారు?	Days <input type="text"/>	

10.6	Do you have any living children? మీకు ప్రస్తుతం పిల్లలు ఉన్నారా?	Yes.....1 No.....0	
10.7	CHECK 10.6 Has Living Children <input type="checkbox"/> పిల్లలు ఉన్నారు If you could go back to the time you did not have any child/children and could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many would that be? (Probe for a numerical response) ఒకవేళ మీకు ఇంకా పిల్లలు కలగని సమయమునకు వెళితే మీ జీవితములో ఖచ్చితముగా ఎంతమంది పిల్లలు ఉండాలి అని నిర్ణయించుకునే అవకాశం లభిస్తే వారు ఎంత మంది కావాలనుకుంటారు? Number..... <input type="text"/> <input type="text"/> None..... 00 Don't Know..... 77 Did not answer..... 88 Other _____ 96 (Specify)	No Living Children <input type="checkbox"/> పిల్లలు లేరు If you could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many would that be? (Probe for a numerical response) ఒకవేళ మీ జీవితములో ఖచ్చితముగా ఎంతమంది పిల్లలు ఉండాలి అని నిర్ణయించుకునే అవకాశం లభిస్తే వారు ఎంత మంది కావాలనుకుంటారు ? Number..... <input type="text"/> <input type="text"/> None..... 00 Don't Know..... 77 Did not answer..... 88 Other _____ 96 (Specify)	11.1
10.8.	How many of these children would you like to be boys, how many would you like to be girls and how many would the sex not matter? మీకు ఎంతమంది మగపిల్లలు, ఎంతమంది ఆడపిల్లలు కావాలని ఇష్టపడుచున్నారు లేక ఎవరైనా పర్కాలేదు అనుకుంటున్నారా?	Boys <input type="text"/> <input type="text"/> Girls <input type="text"/> <input type="text"/> Either <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know.....77 Did not answer88 Other_____96 (Specify)	
11. PHYSICAL ACTIVITY వ్యాయామము / భౌతిక చర్య			
The following questions ask about your work and sleep habits during the past week. గత వారంలో మీ యొక్క పని మరియు నిద్ర అలవాట్లపై ఈ క్రింది ప్రశ్నలు అడుగుతాను.			
11.1	How many people, including you, live in your house ? మీతో కలిపి మీ ఇంట్లో ఎంతమంది ఉంటారు?	Number <input type="text"/> <input type="text"/>	
11.2.	How many servants help you in the house/ on farm? మీ ఇంట్లో/పొలంలో ఎంత మంది పని మనుష్యులు ఉన్నారు?	At house <input type="text"/> <input type="text"/> On farm <input type="text"/> <input type="text"/>	
11.3	On a typical day <u>this past week</u> , what time did you usually go to bed and what time did you usually wake up? గతచిని వారంలో ప్రత్యేకంగా ఒక రోజులో మీరు మామూలుగా ఏ సమయంలో నిద్రపోతారు మరియు ఎప్పుడు నిద్రలేస్తారు?	Go to bed <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PM Wake up <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AM	

11.4. Please describe your daily schedule or routine for a typical day during the past week.
Prompt: As the woman describes her routine, probe for amount of time spent doing each activity.
 దయచేసి గత వారంలో ప్రత్యేకంగా ఒక రోజులో మీరు చేయు పనులు వివరించండి. స్త్రీ తన రోజువారీ పనులలో ప్రతి పని కొరకు ఎంత సమయం తేటాయిస్తుందో ఈ క్రింది పట్టికలో వ్రాయండి.

	Morning (before 12.00 noon)		Afternoon (12.00 noon-4.00pm)		Evening (4.00pm onwards)	
Domestic work						
		Time spent			Time spent	
a) Sweeping	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes
b) Cooking	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes
c) Serving food to the household members	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes
d) Washing utensils	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes
e) Washing clothes/laundry	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes
f) Care of children	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes
g) Care of animals	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes
Other Work						
h) Farming/Gardening	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes
i) Labour, construction work	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes
j) Stitching	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> Minutes

k) Other _____ (specify)	Yes 1 No 0	<input type="text"/> Hours <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0	<input type="text"/> Hours <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0	<input type="text"/> Hours <input type="text"/> Minutes
Resting						
l) Nap	Yes 1 No 0	<input type="text"/> Hours <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0	<input type="text"/> Hours <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0	<input type="text"/> Hours <input type="text"/> Minutes
m) Watch TV	Yes 1 No 0	<input type="text"/> Hours <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0	<input type="text"/> Hours <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0	<input type="text"/> Hours <input type="text"/> Minutes

COOKING వంట

11.5.	How much rice do you cook each day? (Include morning, midday, evening meals) రోజుకి ఎన్ని కేజీల బియ్యం వండుతారు? (ఉదయం, మధ్యాహ్నం మరియు రాత్రి భోజనాలు కలుపుకొని)	<input type="text"/> kg Don't know.....77	
11.6.	Where do you buy or obtain the rice that you cook for your family? మీ కుటుంబానికి వంట చేయుటకు కావలసిన బియ్యము ఎక్కడ నుండి కొనుక్కుంటారు / తెచ్చుకుంటారు?	Family's own paddy.....A Local / neighbor's paddy.....B Buy from grocer.....C Buy from government/ ration shop.....D Other _____E (specify)	
11.7.	Where is the cooking done at your house? మీ ఇంట్లో వంట ఎక్కడ చేస్తారు?	In the designated kitchen.....1 In common room used for other activities.....2 Outside house.....3 → 11.10 Others _____(specify) 4	
11.8.	Is there a vent above the cooking area? మీరు వంట చేయు స్థలము పైన కన్నము ఉన్నదా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77	
11.9.	Is there a window that you open near the cooking area? మీరు వంట చేయు స్థలము దగ్గర కిటికీ ఉన్నదా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77	
11.10.	On everyday, how long are you exposed to cooking fires? How many hours? ప్రతి రోజు వంట చేయునప్పుడు మీరు మంటకు ఎంతసేపు గురి అవుతారు?	Hours <input type="text"/>	
11.11.	What type of fuel does your household mainly use for cooking? మీరు వంట చేయుటకు ఏరకమైన ఇంధనం వాడతారు?	Firewood / crop residuals.....1 Electricity.....2 LPG/Natural gas.....3 Gobar or bio gas.....4 Kerosene.....5 Coal/Lignite.....6 Charcoal.....7 Straw/shrubs/grass.....8 Dung / dung cake.....9 Other _____10 (specify)	→ 12.1

11.12.	Who fetches the firewood? కట్టలు ఎవరు తెస్తారు?	Wife (life participant).....1 Husband (life participant)..... 2 Children.....3 Other.....4 (specify)	→ 12.1
11.13.	How do you go to fetch firewood? కట్టలు తెచ్చుకొనుటకు ఎలా వెళతారు?	Walking.....1 Bicycle.....2 2-wheeler.....3 Other.....4 (Specify)	→ 11.15
11.14.	How far do you have to walk to fetch firewood? మీరు కట్టలు తెచ్చుకొనుటకు ఎంత దూరము నడచి వెళ్ళవలసి ఉంటుంది?	≤1 KM.....1 1-3 KM.....2 More than 3KM..... 3 Don't know.....77	
11.15.	How often each week does you fetch firewood? ప్రతి వారము మీరు ఎంత తరచుగా కట్టలు తెస్తారు?	Times per week <input type="text"/> Don't know.....77	
11.16.	How long does it take to go there, collect firewood, and come back in one trip? ఒక ట్రిప్పకి కట్టలు తీసుకొని రావడానికి ఎంత సమయం పడుతుంది?	Minutes <input type="text"/> Don't know.....77	

12. WATER SOURCES నీరు - మూలాధారములు

12.1.	Do you use same water for drinking and cooking? మీరు త్రాగడానికి మరియు వంటకి ఒకే రకమైన నీటిని వాడతారా ?	Same water.....1 Different water.....2	→ 12.3
12.2.	What is the source of water you use for drinking and cooking? మీరు త్రాగడానికి మరియు వంటకి వాడే నీటిని ఎక్కడ నుండి తెచ్చుకుంటారు?	Purchased cans.....1 Piped (tap).....2 Bore hand pump.....3 Open well.....4 Others.....5 (Specify)	→ 12.5 → 12.6
12.3.	What is the source of water you use for drinking? మీరు త్రాగడానికి వాడే నీరు ఎక్కడ నుండి తెచ్చు కుంటారు?	Purchased cans.....1 Piped (tap).....2 Bore hand pump.....3 Open well.....4 Others.....5 (Specify)	
12.4.	What is the source of water you use for cooking? మీరు వంట చేయడానికి వాడే నీరు ఎక్కడ నుండి తెచ్చుకుంటారు?	Purchased cans.....1 Piped (tap).....2 Bore hand pump.....3 Open well.....4 Others.....5 (Specify)	

12.5.	If cans are purchased, how much do you spend? క్యాన్ కొనుక్కున్నట్లయితే మీకు ఎంత ఖర్చవుతుంది?	Rs. _____ 5litres can.....1 10 litres can.....2 15 litres can.....3 20 litres can.....4 Free Supply5	
12.6.	How do you prepare water for drinking? మీరు త్రాగు నీటిని ఏ విధంగా శుభ్రం చేస్తారు?	No preparation.....1 Boiling.....2 Chlorination.....3 Use water Filter.....4 Use Electronic Purifier.....5 Sedimentation..... 6 Other _____ 7 (specify)	
12.7.	Do you yourself travel to fetch water for your household? మీ ఇంటికి కావలసిన నీరు మీరే వెళ్ళి తెచ్చుకుంటారా?	Yes.....1 No.....0	→ 12.12
12.8.	How far do you travel to fetch water? మీరు నీళ్ళు తెచ్చుకొనుటకు ఎంత దూరం ప్రయాణించి వెళతారు?	≤ 1km..... 1 1-3 km..... 2 > 3 km.....3 Don't know..... 77	
12.9.	How do you travel to fetch the water? మీరు నీళ్ళు తెచ్చుకొనుటకు ఏ విధంగా ప్రయాణించి వెళ్తారు?	Walking.....1 Bicycle.....2 Motorcycle.....3 Other _____ 4 (specify)	
12.10.	How long does it take to go there, get water, and come back in one trip? ఒకసారి వెళ్ళి నీళ్ళు తీసుకొని వచ్చుటకు ఎంత సమయం పడుతుంది?	Minutes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77	
12.11.	How often do you fetch water and how much do you carry each time? మీరు ఎంత తరచుగా నీళ్ళు తెచ్చుకుంటారు మరియు ప్రతిసారికి ఎన్ని నీళ్ళు తెస్తారు?	Trips per day <input type="text"/> <input type="text"/> Containers per trip <input type="text"/> <input type="text"/> Liters in container #1 <input type="text"/> <input type="text"/> Liters in container #2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
12.12.	How is water collected from the source into the carrying container? మీరు నీరు లభించే స్థలం నుండి పాత్రలోకి ఏ విధంగా పట్టుకుంటారు?	Piped direct, no carrying container.....1 Direct from source into carrying container (i.e. buy water and it is put directly into your can).....2 Cloth covers collecting container as a filter.....3 One container is used to transfer water from source to carrying Container.....4 Other method _____ 5 (specify)	

12.13.	How is drinking water stored? మీరు త్రాగు నీటిని ఏ విధంగా నిల్వ చేస్తారు?	In the container.....1 Pots.....2 Drums / cans.....3 Overhead tank.....4 Other _____ 5 (specify)	→12.16
12.14.	How frequently do you clean/change the carrying container? ఎంత తరచుగా మీరు నీటిని నిల్వ చేయు పాత్రను శుభ్రం చేస్తారు? <i>Probe – if cleaned when it becomes empty, ask how often that happens.</i>	Daily.....1 Once a week.....2 Fortnightly.....3 Once a month.....4 Other _____ 5 (specify)	
12.15.	If you clean/wash water containers, how do you wash? ఒకవేళ నీటిని నిల్వ చేయు పాత్రలను శుభ్రపరిస్తే దేనితో శుభ్రపరుస్తారు?	Washing powder or soap.....1 Rinsed with water only.....2 Other _____ 3 (specify)	→ 12.20
12.16.	Overhead tank: మిద్దెపైన ట్యాంక్ What is your indication that the storage container should be cleaned? నీటిని నిల్వ చేయు ట్యాంక్‌ను శుభ్రపరచుటకు గల సూచన లేమి?	No indication.....1 Smell.....2 Taste of water.....3 Color of water.....4 Other _____ 5 (specify)	
12.17.	How frequently is the storage container cleaned? ఎంత తరచుగా మీరు ట్యాంక్‌ను శుభ్రం చేస్తారు?	Weekly.....1 Monthly.....2 Bi-monthly.....3 Every six months.....4 Yearly.....5 Other _____ 6 (specify)	
12.18.	How long does the water in the storage container last? ట్యాంక్‌లో నున్న నీరు ఎంతకాలం వస్తుంది?	1 week.....1 2 weeks.....2 More than 2 weeks.....3	
12.19.	For what purposes do you <u>open</u> the water storage container? మీరు ట్యాంక్‌ను ఎందు కోసము తెరుస్తారు?	Never.....1 To check the water level.....2 To fill water.....3 To clean container.....4 Other _____ 5 (specify)	
12.20	Is the quantity of water you collect sufficient for your family needs? మీరు నిల్వ చేసిన నీరు మీ కుటుంబానికి సరిపోతుందా?	Yes.....1 No _____ 0 (specify)	

13. PESTICIDES AND POTENTIAL EXPOSURE క్రిమి సంహారకాలు మరియు ప్రభావము

Pesticides include many types of chemicals used to repel, kill, or control unwanted weeds, insects, rodents, fungi, or bacteria. They are used on crops, animals, buildings, or roads.

చాలా రకాల రసాయనికాలను గృహ కీటకాలను వెళ్ళగొట్టుటకు, చంపుటకు, కలుపు మొక్కలను, జంతువులను అరికట్టుటకు, పురుగులను, ఎలుకలను పుట్టగొడుగులను లేక బ్యాక్టీరియాను అదుపు చేయుటకు ఇళ్ళు మరియు రోడ్ల నిర్మాణాలకు వాడుతారు.

13.1	Do you or does your household mix, apply, spray, process, or use pesticides? మీరు పురుగుల మందును కలపడం, చల్లటం లేక పురుగుల మందును వాడుతారా ?	Yes No Don't know	1 0 77	→	14.1
13.2	Where do you or your household mix, apply, spray, process or use pesticides? పురుగుల మందు ఎక్కడ చల్లుతారు ?	In the house Courtyard Farm Work place Other _____ (specify)	A B C D E		
13.3	Who use these pesticides? పురుగుల మందు ఎవరు చల్లుతారు?	Wife(participant)..... Husband..... Other family members..... Servants/workers..... Government people..... Others _____	1 2 3 4 5 6	→	13.6
13.4	When you use/apply the pesticide product(s) at work, do you wear any protective clothing? క్రిమి సంహారకాలు వాడుతున్నప్పుడు మీరు కాపాడుకొనుటకు ఏమైనా రక్షకాలు ధరిస్తారా?	Yes..... No.....	1 0	→	13.7
13.5	What do you wear? మీరు ఏమి ధరిస్తారు?	Face mask..... Gloves..... Other _____ (Specify)	1 2 3		
13.6	What are the names of the pesticides you (your household) have used in the past three months at work? గత-చిన్ 3 నెలల్లో మీరు పని చేయు స్థలంలో వాడిన క్రిమి సంహారకాల పేర్లు తెలపండి ?	_____ _____ _____ (specify) Don't know.....	77		

13.7	How often the following pesticides used in the past three months at your work? గడచిన 3 నెలల్లో ఎంత తరచుగా మీరు పని చేయు స్థలంలో ఈ క్రింది క్రిమి సంహారకాలను వాడారు ?
Type of pesticides క్రిమి సంహారకాల రకములు	Once per day Several times per week Once per week Once per month Once in three months Never
a. Insecticides to kill bugs/mosquitoes దోమలను, నల్లలను చంపు క్రిమిసంహారకాలు	1 2 3 4 5 6
b. Herbicides (weed killer) కలుపు మొక్కలను చంపు మందులు	1 2 3 4 5 6
c. Rodenticides to kill rats and mice ఎలుకలను మరియు చిట్టెలుకలను చంపు రోడెంటిసైడ్స్	1 2 3 4 5 6
d. Fungicides to kill mold or fungus ఫంగస్ ను చంపు ఫంగిసైడ్స్	1 2 3 4 5 6
e. Bactericides to kill bacteria బాక్టీరియాను చంపు బాక్టీరిసైడ్స్	1 2 3 4 5 6
f. Other (describe): _____ ఇతరములు (Specify)	1 2 3 4 5 6

14. CIGARETTE / BIDI EXPOSURE సిగరెట్ / బిడి ప్రభావము	
Present Smoking ప్రస్తుతం పొగత్రాగుట	
14.1. Do you smoke tobacco-related products (like cigarettes, bidis, hookah etc.) now? ఇప్పుడు మీరు పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు (అనగా సిగరెట్లు, బిడిలు, హుక్కా మొదలైనవి) త్రాగుతున్నారా?	Yes (cigarettes).....1 No.....0 Did not answer..... 88 → 14.4
14.2. How long have you been smoking at least 3 times per week? ఎప్పటి నుండి మీరు వారానికి కనీసం 3సార్లు పొగ త్రాగుతున్నారు?	<input type="checkbox"/> Years smoking bidi If <1 year <input type="checkbox"/> months smoking
14.3. How many cigarettes or bidi or other tobacco-related product do you currently smoke per day? ప్రస్తుతం మీరు రోజుకి ఎన్ని సిగరెట్లు లేక బిడిలు లేక పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు త్రాగుతున్నారు?	<input type="checkbox"/> Cigarettes per day <input type="checkbox"/> Bidi per day <input type="checkbox"/> Other tobacco related product per day If Q.14.1 is YES → 14.9
Past Smoking గతంలో పొగత్రాగుట	
14.4. Have you ever, in the past smoked cigarettes or bidi or other tobacco-related product, but now you do not smoke? ప్రస్తుతం మీరు పొగత్రాగకపోయినా గతంలో ఎప్పుడైనా సిగరెట్లు, బిడి లేక ఇతర పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు త్రాగేవారా?	Yes (cigarettes).....1 Yes (bidi).....2 Yes (other product)3 No.....0 Did not answer.....88 → 14.9

14.5.	Have you ever in the past smoked at least 3 times per week? గతంలో ఎప్పుడైనా మీరు వారానికి 3సార్లు పాగ త్రాగేవారా?	Yes (cigarettes).....1 Yes (bidi).....2 No.....0 Did not answer..... 88	
14.6.	How long did you smoke before you quit? మీరు మానివేయడానికి ముందు ఎంతకాలం అలా త్రాగారు?	<input type="text"/> Years smoking bidi If <1 year <input type="text"/> months smoking	
14.7.	What year did you quit? ఏ సంవత్సరములో మీరు మానివేసారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Year Month If participant quit this year, which month?	
14.8.	When you were smoking, how many cigarettes or bidi or other tobacco-related product did you smoke on a typical day? మీరు పాగత్రాగేటప్పుడు ఒక రోజుకి ఎన్ని సిగరెట్లు లేక బిడీలు లేక ఇతర పాగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు త్రాగేవారు?	<input type="text"/> Cigarettes per day <input type="text"/> Bidi per day <input type="text"/> Other tobacco related product per day	
Exposure to smoking from others (passive smoking) ఇతరులు పాగ త్రాగుట వలన కలిగే ప్రభావము			
14.9.	Have you ever exposed to tobacco smoke (like cigarette, bidi, hookah etc.) in your home because of smoking by others? మీ ఇంట్లో ఇతరులు పాగ త్రాగుట వలన మీరు ఎప్పుడైనా (సిగరెట్, బిడీ, చుట్ట లేక పైపు) పాగకి గురి అయ్యారా?	Yes1 No.....0 → 14.13	
14.10.	About how many hours per day are you exposed to this smoke in your home because of smoking by others? మీ ఇంట్లో ఇతరులు పాగ త్రాగడం వలన రోజుకి ఎన్ని గంటలు ఆ పాగను పీల్చుకుంటారు?	<input type="text"/> Hours per day	
14.11.	About how many hours per week are you exposed to this smoke in a small space other than your home, such as friends or relatives homes or at work, because of smoking by others? మీ ఇంట్లో కాకుండా మీ స్నేహితుల మరియు బంధువుల ఇంట్లో ఉన్న కొంచెం స్థలములో ఇతరులు పాగత్రాగడం వలన వారానికి ఎన్ని గంటలు ఆ పాగను పీల్చుకుంటారు?	<input type="text"/> Hours per week	
14.12.	Which of the others living in your house smoke tobacco-related products (like cigarettes, bidi, hookah etc.)? మీ ఇంట్లో ఎవరు (సిగరెట్, బిడీ, హుక్కా మొదలైన) పాగను త్రాగుతారు?	Husband A Father/Father-in-law B Mother/Mother-in-law C Brother/Brother-in-law D Other person _____ E (specify)	

14.13.	Do you chew anything on a regular basis (e.g. pan masala, betel leaves, betel nuts, tobacco) మీరు క్రమముగా ఏమైనా నములుతారా ? (ఉదా: తమల పాకు, పాన్‌మసాల, వక్కపాడి, పాగాకు మొదలైనవి)	Yes.....1 No.....0 Did not answer.....88	→ 15.1
14.14.	What do you chew? మీరు ఏమి నములుతారు?	Pan masala.....A Betel leaves..... B Betel nuts.....C Tobacco.....D Other_____ E (specify)	
14.15.	How often do you chew? మీరు ఎంత తరచుగా నములుతారు?	More than once a day.....1 Once a day.....2 Every few days.....3 Once per week.....4 Occasionally.....5	

15. INCENSE ధూపము

15.1.	Do you burn incense in your house? మీ ఇంట్లో అగరుబత్తిని వెలిగిస్తారా?	Yes.....1 No.....0	→ 15.3
15.2.	How often do you burn incense in your house? ఎంత తరచుగా అగరుబత్తిని వెలిగిస్తారు?	Daily or most days.....1 More than once a week, not daily...2 Rarely, only on special days.....3	
15.3.	Do you burn mosquito coils in your house? మీ ఇంట్లో దోమ చుట్టను వెలిగిస్తారా? (దోమలను తలమేండుకు పాగచుట్టు)	Yes.....1 No.....0	→ 16.1
15.4.	How often do you burn mosquito coils in your house? ఎంత తరచుగా దోమచుట్టను వెలిగిస్తారు?	Daily or most days.....1 More than once a week, not daily...2 Rarely.....3	

16. CLEANING PRODUCTS శుభ్రపరిచే వస్తువులు

16.1.	Do you clean the walls or floors of the house? మీరు మీ ఇంటి గోడలను లేక నేలను శుభ్రపరుస్తారా?	Yes.....1 No.....0	→ 17.1
16.2.	How often you clean the walls or floor by using the following products? ఈ క్రింది నున్న వాటిలో దేనితో మీ ఇంటి గోడలను, నేలను ఎంత తరచుగా శుభ్రం చేస్తారు?		

Cleaning product శుభ్రపరిచే వస్తువులు	Once a day	A few times per week	Once per week	Once per month	Once per season	Once a year
a. Water only నీటితో	1	2	3	4	5	6
b. Ash బూడిద	1	2	3	4	5	6
c. Detergent, bar soap or washing soda డిటర్జెంట్ లేక సబ్బు లేక సోడాతో	1	2	3	4	5	6
d. Chlorine bleach క్లోరిన్	1	2	3	4	5	6
e. Cow dung ఆవు పేడతో అలకడం	1	2	3	4	5	6
f. phenyl ఫినాయిల్	1	2	3	4	5	6
g. Other _____ ఇతరములు (specify)	1	2	3	4	5	6

17. ALCOHOL CONSUMPTION మద్యపానము

17.1.	Do you drink any alcohol or alcoholic beverages? మీరు ఏదైనా మద్యపానమును సేవిస్తారా?	Yes.....1 No.....0 Did not answer.....88	} → 18.1
-------	--	--	----------

17.2. If yes, which of the following types of alcohol do you drink, and how often?
అవును అయితే, ఏరకమైన మద్యపానమును మీరు త్రాగుతారు మరియు ఎంత తరచుగా త్రాగుతారు?

Type of beverage మద్యపాన రకములు	Yes అవును	No కాదు	More than once a day రోజుకి ఒకసారి కంటే ఎక్కువ	Once a day రోజుకి ఒకసారి	A few times each week వారానికి కొన్నిసార్లు	About once per week వారానికి ఒకసారి	Once per month నెలకి ఒకసారి	Rarely (3-4 times per year) ఎప్పడైనా సం॥ 3 సార్లు	No. of bottles or sachets at one sitting ఒకసారికి ఎన్ని సీసాలు లేక ప్యాకెట్లు
a. Beer బీర్	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
b. Wine వైన్	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
c. Toddy కల్లు	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
d. Whisky విస్కీ	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
e. Arrack (Govt. liquor) సారాయి	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
f. Other (specify) ఇతరములు	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>

18. VEHICLES AND POLLUTION EXPOSURE వాహనములు మరియు కాలుష్య ప్రభావము

18.1.	How often did you ride in/on a vehicle (yours or someone else's) in the past three months? గడచిన 3 నెలల్లో మీరు ఎంత తరచుగా (మీది లేక ఇతరుల వాహనము) పై ప్రయాణం చేసారు?	Daily.....1 Weekly.....2 Monthly.....3 Never.....4
-------	--	---

19. ANIMALS AND LIVESTOCK జంతువులు మరియు పశువులు			
19.1.	Do you tend animals outside the home (i.e. on a farm)? మీరు ఇంటి బయట ఏమైనా జంతువులను పెంచుతున్నారా? (ఉదా : పొలములో)	Yes.....1 No.....2	→ End
19.2.	What animals and how many do you tend? ఏ జంతువులు మరియు ఎన్నింటినీ పెంచుతున్నారు?	Yes	No
			Number
a.	Dogs	1	0
			<input type="checkbox"/>
b.	Cats	1	0
			<input type="checkbox"/>
c.	Goats...	1	0
			<input type="checkbox"/>
d.	Sheep	1	0
			<input type="checkbox"/>
e.	Chicken or ducks	1	0
			<input type="checkbox"/>
f.	Buffaloes and cows	1	0
			<input type="checkbox"/>
g.	Donkeys	1	0
			<input type="checkbox"/>
h.	Other -----(Specify)	1	0
			<input type="checkbox"/>

THANK THE RESPONDENT FOR HER CO-OPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS

RECORD THE TIME: _____	Hour	<input type="checkbox"/>
	Minutes	<input type="checkbox"/>

SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2009
Life Pilot Study Registration Visit Questionnaire-Men

R-M

IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village: _____
 Family Code : _____ Tel.No: _____
 Participant's (Man) Name : _____ Study ID: _____
 Wife's Name : _____ Study ID: _____

Date of Interview : / /
DAY MONTH YEAR

Record the Time :
Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

Introduction: Thank you for agreeing to respond to the questions in this questionnaire. The questions cover the following topics: your background, occupation, education, health, medical history, family history, physical activity, gender roles, sanitation, and exposure to pesticides, pollution, alcohol consumption, cigarette/bidi exposure and animal tending. We are asking each of these questions because we believe they may play a role in determining your health and may have an influence on how big your babies are when they are born. We hope that if we can find out why so many babies are so little, that we may be able to do something in the future to make sure that they are big enough when they are born.

None of this information will be shared with anyone outside of the project. We will keep your information confidential and anonymous. If you feel uncomfortable or do not want to answer any question, please say this and I (the interviewer) will then move to the next question. If you have doubts about why we are asking certain questions, please ask and I will explain the reason for the question. None of the questions are meant to offend, imply anything, or make judgments about you or your family.

పరిచయము : ఈ ప్రశ్నాపత్రములోని ప్రశ్నలకు సమాధానము ఇవ్వడానికి అంగీకరించినందుకు మీకు మా వందనాలు. ఈ ప్రశ్నాపత్రము ద్వారా ఈ క్రింది విషయాలను గూర్చి మిమ్ములను ప్రశ్నిస్తాము; కుటుంబ వివరాలు, వృత్తి, విద్య, ఆరోగ్యము, వైద్య చరిత్ర, కుటుంబ చరిత్ర, శారీరక క్రియలు, లింగపాత్రలు, పాలకుభ్రత, మీరు వాడుతున్న క్రిమి సంహారకాలు, ఇంటి పరిసరాల్లోని కాలుష్యము, మద్యపానము సేవించుట, పొగత్రాగుట లాంటి అలవాట్లు మరియు మీ పెంపుడు జంతువులు మొదలైన వాటి గురించి కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాము. ఎందుకంటే మేము అడిగే ప్రతి విషయము మీ ఆరోగ్యాన్ని నిర్ధారించుటలో పాత్ర వహిస్తుందని మరియు పుట్టిన పిల్లల పరిమాణముపై ప్రభావము చూపుతుందని నమ్ముచున్నాము. శిశువులు తక్కువ పరిమాణంలో పుట్టడానికి కారణాన్ని కనుక్కోగలిగితే భవిష్యత్తులో శిశువుల యొక్క పరిమాణాన్ని సరిచేసేందుకు అవకాశాలుంటాయని మేము భావిస్తున్నాము.

ఈ సమాచారము ప్రాజెక్టు బయట ఎవరితోను పంచుకోము. ఈ సమాచారమును చాలా రహస్యంగా ఉంచుతాము మరియు మీ పేరు ఎక్కడ చూపము. ఒకవేళ మీకు ఇబ్బందికరంగా ఉంటే, ఏదైనా ప్రశ్నకు సమాధానం ఇవ్వడం ఇష్టం లేకపోతే దయచేసి నాకు(ఇంటర్వ్యూ చేయు వారికి) తెలపండి, ఆప్రశ్నను వదిలి తర్వాత ప్రశ్న అడుగుతాము. ఒకవేళ మీకు ఈ ప్రశ్నలు ఎందుకు అడుగుచున్నారనే అనుమానం కలిగినట్లయితే దయచేసి నన్ను అడగండి, నేను దానికి గల కారణాలను వివరిస్తాను. ఏ ప్రశ్న కూడా మిమ్ముల్ని లేక మీ కుటుంబాన్ని కించపరచడానికి లేక మీ స్థితిగతులపై తీర్పు చెప్పడం కొరకు కాదు.

I will begin with some general questions about your background.
 నేను మీకు సంబంధించిన వివరాలను సాధారణ ప్రశ్నలతో మొదలుపెడతాను

S.NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1.DEMOGRAPHICS వ్యక్తిగత వివరాలు			
1.1	What is your religion? మీ యొక్క మతము ఏమిటి ?	Hindu.....1 Muslim.....2 Christian.....3 Other_____8 (specify)	
1.2	What is your caste and tribe? మీ యొక్క కులము ఏమి మరియు మీరు ఏ తెగకు చెందినవారు?	Caste_____ (specify) Scheduled caste..... 1 Scheduled tribe.....2 Backward caste.....3 None of the above....4	
1.3	What is your current age? ఇప్పుడు మీ వయస్సుంత?	Age (completed years) <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.4	What is your date of birth? మీరు పుట్టిన తేదీ ఏమి?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year Don't know..... 77	
1.5	How old were you at the time of your (current) marriage? (ప్రస్తుత) పెండ్లి నాటికి మీ వయస్సుంత?	Years <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77	
1.6	What is your date of marriage? మీ వివాహమయిన (పెళ్ళయిన) తేదీ ఏమి?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year Don't know..... 77	
2.OCCUPATION వృత్తి :			
I would like to start by asking you about any work you do outside of your home, even if it's seasonal or part-time work. We would like to know about the environment in which you work. నేను మీరు చేస్తున్న పని గూర్చి (మీ ఇంటి బయటి పని, కాలాలను బట్టి చేసే పని లేక పార్టు టైం పనులకు సంబంధించిన) ఆ చుట్టు ప్రక్కల ఉన్న వాతావరణము గురించి తెలుసుకోవాలని అడుగుతున్నాను.			
2.1	Do you work outside the home? మీరు ఇంటి బయట పని చేస్తారా ?	Yes.....1 No.....0	→ 3.1
2.2	What is your occupation? మీరు ఏమి పని చేస్తారు ?	Work on own agricultural land.....1 Work on someone else land on lease.....2 Agricultural labourer.....3 Construction labourer.....4 Brick factory labour work.....5 Factory work (e.g. sewing).....6 Domestic help (someone else house)..... 7 Retail/selling things.....8 Private service.....9 Artisan/traditional caste occupation.....10 Government service.....11 Other _____ 12 (specify)	→ 2.6

2.3	Approximately how many days did you work in the last month (agriculture/labour) outside the home? గడచిన మాసంలో సుమారుగా ఎన్ని రోజులు ఇంటి బయట (వ్యవసాయం/కూలీ) పని కోసం వెళ్ళారు?	Days <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77	
2.4	How many days in a week do you work (agriculture/labour) outside the home? మీరు వారానికి ఎన్ని రోజులు (వ్యవసాయం/కూలీ) ఇంటి బయట పని చేస్తారు?	Days per week <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77	
2.5	Whenever you go to work (agriculture/labour) how long do you spend working in a day? మీరు పనికి వెళ్లిన ప్రతిసారి (వ్యవసాయం/కూలీ) ఒక రోజులో ఎంత సమయం కేటాయిస్తారు?	Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77	
2.6	How far is your place of work from your home? మీ ఇంటి నుండి పని చేయు స్థలము ఎంత దూరము?	≤ less than 1 km..... 1 More than 1 km, ≤ less than 3 km..... 2 More than 3 km, ≤ less than 5 km..... 3 More than 5 km..... 4 Working at home..... 5 Don't know..... 77	
2.7	How do you travel to your work? మీరు పనికి ఏ విధంగా ప్రయాణించి వెళ్తారు?	Walking.....A BicycleB Motorcycle / 2 wheeler.....C Car.....D Bus.....E Other _____ F (specify)	

3. EDUCATION విద్య :

I would like to ask you a few questions about your education. నేను మీ విద్యను గూర్చిన కొన్ని ప్రశ్నలు అడగాలని అనుకుంటున్నాను.

3.1	Have you had any schooling? మీరు బడికి వెళ్లి చదువుకున్నారా?	Yes.....1 No.....0 → 3.3	
3.2	What is the highest standard you have completed? మీరు ఎంత వరకు చదువుకున్నారు?	Standard <input type="text"/> <input type="text"/> If standard 5+ <input type="text"/> → 3.4	
3.3	Can you read? మీరు చదవగలరా?	Yes.....1 No.....0 → 3.5	
3.4	Which languages can you read? మీరు ఏయే భాషలు చదవగలరు?	Telugu.....A Hindi.....B English.....C Urdu.....D Other _____ E (specify) If standard 5+ <input type="text"/> → 3.6	

3.5	Can you write? మీరు వ్రాయగలరా?	Yes.....1 No.....0 → 3.7
3.6	Which languages can you write? మీరు ఏయే భాషలు వ్రాయగలరు?	Telugu.....A Hindi.....B English.....C Urdu.....D Other _____ E (specify)
3.7	Are you currently attending any school, college, training, vocational training? ప్రస్తుతం మీరు ఏదైనా బడిలో, కాలేజీలో ట్రైనింగ్, వృత్తి విద్య లేక ట్యూటరింగ్లో పాల్గొంటున్నారా?	Yes _____ 1 (specify) No0

4.HEALTH ఆరోగ్యము :

Next, I have some general questions about your health. తరువాత మీ ఆరోగ్యము గూర్చి కొన్ని సాధారణ ప్రశ్నలు అడుగుతాను.

4.1	Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు? చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా ?	Very good1 Good2 Average.....3 Poor.....4
-----	--	--

The following questions are about your recent health during the past 30 days.

గతచిన్ 30 రోజులలో మీ యొక్క ఆరోగ్యమునకు సంబంధించిన ప్రశ్నలు ఈ క్రింద అడగబడును

4.2	Have you had any of the following during the past 30 Days? గతచిన్ 30 రోజుల్లో ఈక్రింది వాటిలో దేనితోనైనా బాధపడ్డారా? a. Diarrhea విరేచనాలు b. Blood in stools మలంలో రక్తం c. Vomiting వాంతులు d. Asthma attacks దమ్ము e. Respiratory infections (cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలైనవి) f. Throat infections (sore throat) గొంతువ్యాధులు (పొడి దగ్గు) g. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధ వ్యాధి [prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination] h. Fever జ్వరం i. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, కృంగిపోవుట, భావోద్రిక సమస్యలు	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>NO. OF DAYS ILL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	NO. OF DAYS ILL	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
YES	NO	NO. OF DAYS ILL																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											

In this section I am asking about vitamin deficiencies. When someone is missing certain vitamins in their diet, there are three things they might experience:

- Very sore and swollen tongue;
- cracks and soreness at the corners of the mouth;
- night blindness.

These symptoms of vitamin deficiency would last a long time, difficult to treat, and would probably get worse over time before getting better.

ఈ విభాగంలో నేను విటమిన్ లోపాలను గురించి అడుగుతాను. కొంతమందికి ఆహారములో విటమిన్లు లోపించినట్లయితే వారికి నాలుకపై పుండ్లు, పొక్కులు, నోటి చివర పగుళ్లు, రేచికటి లాంటి లక్షణాలు కలుగునవచ్చును. ఈ లక్షణాలు విటమిన్ లోపమునకు కారణము, ఇవి చాలా కాలం ఉంటాయి మరియు చికిత్స చేయుటకు చాలా కష్టము.

4.3	<p>In the past month (30 days), did you take any antibiotic or medication or pills or injection for any infection? గడచిన మాసంలో మీరు ఏదేని ఇన్ఫెక్షన్ కొరకు యాంటిబయోటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>																														
4.4	<p>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి యాంటిబయోటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.</p>	<p>Days Taken <input type="text"/> <input type="text"/> Medication(specify) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____</p>																														
4.5	<p>Have you ever in your life had sore tongue, cracks at the corners of the mouth, night blindness that lasted more than a week and got worse over time? మీ జీవితకాలంలో మీకు ఎప్పుడైనా నాలుకపై పుండ్లు, పొక్కులు లేక రేచికటి లాంటి లక్షణాలతో వారం కన్నా ఎక్కువ కాలం బాధపడ్డారా? Sore tongue నాలుకపై పొక్కులు Cracks at the corners of the mouth నోటి చివరలో పగుళ్లు/పొక్కులు Night blindness రేచికటి</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Did/do you take medicines? మీరు మందులు తీసుకున్నారా?</td> <td rowspan="2">Specify medicines మందులను వివరించండి</td> </tr> <tr> <td colspan="2">అవును కాదు</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Yes</td> <td>No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </table>			Did/do you take medicines? మీరు మందులు తీసుకున్నారా?		Specify medicines మందులను వివరించండి	అవును కాదు				Yes	No	Yes	No		1	0	1	0		1	0	1	0		1	0	1	0		
		Did/do you take medicines? మీరు మందులు తీసుకున్నారా?		Specify medicines మందులను వివరించండి																												
అవును కాదు																																
Yes	No	Yes	No																													
1	0	1	0																													
1	0	1	0																													
1	0	1	0																													
4.6	<p>In the past month (30 days), were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury? గడచిన మాసంలో మీరు ఏదేని అనారోగ్యం లేక గాయం వల్ల మీరు మామూలుగా చేయు పనులు చేయలేకపోయారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0</p>	→ 5.1																													
4.7	<p>How many days were you unable to do your regular duties because of injury/ illness? ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం/గాయం వల్ల రోజూ చేయు పనులు చేయలేకపోయారు?</p>	<p>Injury <input type="text"/> <input type="text"/> Days Illness <input type="text"/> <input type="text"/> Days</p>																														

5. Depression scale అధైర్యం / కృంగుదల

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you cannot take care of yourself or your family.

తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ మానసిక ఆరోగ్యం గుర్తింపు ఉంటాయి. ఈ 5 ప్రశ్నలతో మీరు మానసిక లక్షణాలు ఏమైనా అనుభవించారాని తెలుసుకుంటాం. ఈ ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే మీరు కృంగిపోయిన స్థితిలో ఉన్నారని కాదు కాని ఈ లక్షణాలు సర్వ సాధారణంగా ఏదో ఒక సమయాల్లో ఉంటాయి. ప్రజలు వారి జీవితంలోని ఒత్తిడి, పనిలో ఒత్తిడి లేక కుటుంబంలో సమస్యల వల్ల కృంగుదలకు గురికావచ్చును. జీవితంలో అన్ని సాఖ్యంగా జరుగుతున్నప్పుడు కూడా ఏ కారణం లేకుండానే కృంగుదలకు గురికావచ్చును. విషయాలు లేక ఎగుడు దిగుడు ఏదో సమయాల్లో ఖచ్చితంగా సర్వ సాధారణము. మీరు ఏ లక్షణాలు అనుభవించారో, ఏ లక్షణాలు మీ జీవితాన్ని కలతపరిచాయో అనేది మేము తెలుసుకోవాలని ఇష్టపడుచున్నాము. ఉదా : ఒక కుటుంబంలో సభ్యుడు చనిపోతే బాధపడడం అనేది సహజం కాని మీరు అటువంటి బాధను - మీ కుటుంబంలో ఎవరూ చనిపోకుండానే అనుభవిస్తున్నారా లేక అటువంటి బాధకు గురి అయి కనీసం మీ గురించి మరియు మీ కుటుంబం గురించి శ్రద్ధ తీసుకోలేకపోతున్నారా అనేది మేము తెలుసుకోవాలనుకుంటున్నాము.

<p>5.1</p>	<p>Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? మీరు కృంగిపోవడం అనే భావన లేక నిరాశ భావాలు కలిగి యున్నారా? <i>(Probe: have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis?</i> ప్రేరేపించు : మాకు పరిస్థితులు ఎప్పుడూ బాగుపడవు. నేను సంతోషంగా ఉండను, ప్రతీది తప్పు జరుగుతుంది అనే ఆలోచనలు మిమ్మల్ని ఎక్కువగా భాదపెట్టి రోజు వారి పనులు చేసుకోవడం కష్టంగా ఉంటుందా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88</p>	
<p>5.2</p>	<p>Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? మీరు సంతోషించు సమయాన తక్కువ ఆనందం పొందానని అనిపించిందా? <i>(probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?)</i> ప్రేరేపించు : మీరు ఇష్టముతో చేయు పనులు అనగా టి.వి చూడడం, స్నేహితులతో గడపడం మీకు సంతోషాన్ని ఇవ్వడం లేదా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88</p>	

5.3	Have you lost weight without trying to lose weight? మీరు ఏమి ప్రయత్నము చేయకుండానే బరువు తగ్గారా? (Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?) ప్రేరేపించు : మీ బట్టలు మీకు వదులుగా ఉన్నాయా లేక ఎవరైనా మీరు ముందుకన్నా సన్నగా కనబడుతున్నారని చెప్పారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	
5.4	Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా గాని, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరి కంటే ముందే నిద్ర లేవడం వంటివి వున్నాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	
5.5	Do you have suicidal ruminations? మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలనే ఆలోచనలు కలుగతాయా ? (Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life) ప్రేరేపించు : మీ జీవితాన్ని అంతం చేసుకోవాలని ఎప్పుడైనా అనిపించిందా?	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	

6. DENTAL HEALTH దంత ఆరోగ్యం :

These next questions are about your teeth మీ దంత ఆరోగ్యం గూర్చి కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాను.

6.1	Do you have any dental problems? మీకు ఏదైనా దంత సమస్య ఉన్నదా ?	Yes.....1 No.....0	→ 6.4
6.2	Please describe the dental problems you have experienced. దయచేసి మీ దంత సమస్యను వివరించండి?	Bleeding gums.....A Cavities (tooth pulled).....B Cavities (tooth not pulled).....C Tooth fell out (not pulled).....D Chipped or broken tooth.....E Pain in teeth or gums.....F Other _____G (specify)	
6.3	What did you do about these dental problems? ఈ దంత సమస్యలను గూర్చి మీరు ఏమి చేసారు?	Nothing, no help/treatment sought.....A Treat at home with home remedies.....B Help from village healer.....C Went to dentist/dental office.....D Other _____E (specify)	→ 6.5

6.4	Have you ever consulted a dentist or gone to a dental clinic? మీరు ఎప్పుడైనా దంత వైద్యుని కలిసారా? లేక దంత ఆరోగ్య కేంద్రమునకు వెళ్ళారా ?	Yes.....1 No.....0 → 6.8
6.5	When was the last time you saw a dentist? మీరు దంత వైద్యుని చివరిసారిగా ఎప్పుడు కలిసారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month Year Don't know..... 77
6.6	Where did you go for regular check-ups? మీరు క్రమంగా దంత పరీక్ష చేయించుకొనుటకు ఎక్కడికి వెళతారు?	Nothing, no help/treatment sought.....A Treat at home with home remedies.....B Help from village healer.....C Went to dentist/dental office.....D Other _____ E (specify)
6.7	How often do you have regular dental check-ups? మీరు ఎంత తరచుగా దంత పరీక్ష చేయించుకుంటారు?	Every 3 months.....1 Every 6 months.....2 Every year.....3 Every 2 years.....4 Rarely.....5 Never.....6
6.8	After getting your permanent teeth, have you lost any teeth? శాశ్వత దంతాలను పొందిన తరువాత మీకు ఏదైనా దంతాలు ఊడిపోయినాయా?	Yes.....1 No.....0 Did not answer.....88 → 6.10
6.9	How many teeth have you lost? మీకు ఎన్ని దంతాలు ఊడిపోయినవి?	<input type="text"/> <input type="text"/> Teeth
6.10	How many times each day do you clean your teeth? మీరు రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ దంతాలను శుభ్రం చేసుకుంటారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> times

6.11	What do you use to clean your teeth? మీ దంతాలను శుభ్రం చేసుకొనుటకు మీరు ఏమి వాడతారు?	<u>Regularly</u>	<u>Sometimes</u>	<u>Rarely</u>
	A. Tooth brush బ్రెష్తో	1	2	3
	B. Finger చేతితో	1	2	3
	C. Cloth బట్టతో	1	2	3
	D. Neem /margosa వేపపుల్లతో	1	2	3
	E. Tooth paste పేస్ట్తో	1	2	3
	F. Tooth powder పౌడర్తో	1	2	3
	G. Charcoal బొగ్గుతో	1	2	3
	H. Salt ఉప్పుతో	1	2	3
	I. Others ఇతరములు	1	2	3
_____ (specify)		Circle the spontaneous responses. Ask how often you use it – regularly, sometimes or rarely. Any other way you clean your teeth? - చెప్పిన దానిని మాత్రమే గుర్తించండి - ఎంత తరచుగా వాడతారు, క్రమముగా, ఎప్పుడైనా లేక అప్పుడప్పుడు మరియు ఇంకా దేనితోనైనా శుభ్రం చేస్తారా అడగండి.		

7. PARTICIPANT'S AND FAMILY MEDICAL HISTORY

విత్రదారుని వైద్యారోగ్య అనుభవాలు :

Now I would like to ask you some questions about your medical history.

ఇప్పుడు మీమ్ములను మీ వైద్యారోగ్య అనుభవాలపై కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాను

7.1	Do you suffer from any of the following? ఈక్రింది వాటిలో ఏదేని వ్యాధితో మీరు బాధపడ్డారా? <u>Interviewer should try to check prescriptions if available.</u> Sugar disease (diabetes) షుగర్ వ్యాధి High blood pressure అధిక రక్తపోటు (హై బి.పి) Heart disease గుండె జబ్బు Asthma దమ్ము Goiter గొంతుపై కణితి	Yes	No	Age at the time of diagnosis			Do you take medicines?	
				<13 yrs	14-17 yrs	18 above	Yes	No
		1	0	1	2	3	1	0
		1	0	1	2	3	1	0
		1	0	1	2	3	1	0
		1	0	1	2	3	1	0

కుటుంబీతరుల వైద్యారోగ్య అనుభవాలు :

Now I would like to ask a few questions about your family medical history.

మీ కుటుంబ వైద్యారోగ్య అనుభవాలపై కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాను.

7.2	Do you know the medical history / status of your parents and siblings? మీకు మీ యొక్క తల్లిదండ్రుల మరియు తోబుట్టువుల వైద్యారోగ్య చరిత్ర తెలుసా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77	7.6
7.3	How many sisters and brothers do you have? మీకు ఎంతమంది అక్కచెల్లెండ్రు మరియు అన్నదమ్ములు ఉన్నారు?	Number of sisters <input type="text"/> Age of sister (yrs)#1 <input type="text"/> Age of sister (yrs)#2 <input type="text"/> Age of sister (yrs)#3 <input type="text"/> Number of brothers <input type="text"/> Age of brother (yrs)#1 <input type="text"/> Age of brother (yrs)#2 <input type="text"/> Age of brother (yrs)#3 <input type="text"/>	

Some diseases are hereditary, meaning that multiple members of the same family will get these diseases. For this reason we are interested in the health of your family.

కొన్ని జబ్బులు వంశపారంపర్యంగా ఉంటాయి. మీ కుటుంబంలోని అనేక మందికి ఒకే జబ్బు రావడం వంటి కారణాలన్నింటిని బట్టి మేము మీ కుటుంబ ఆరోగ్యమును గూర్చి ఆసక్తి కలిగియున్నాము.

7.4.	Has anyone in your family (i.e. your mother, father, sister(s) or brother(s)) ever been told by a doctor or nurse that they had the following sugar disease, high blood pressure and heart problems? మీ కుటుంబంలో ఎవరికైనా అనగా మీ తల్లికిగానీ, తండ్రికిగానీ, అక్క చెల్లెండ్రులకుగానీ, అన్నదమ్ములకుగానీ షుగర్‌వ్యాధి, అధిక రక్తపోటు మరియు గుండె జబ్బు ఉన్నదని డాక్టరుగానీ, నర్స్‌గానీ ఎప్పడైనా చెప్పినారా?								
	Sugar disease?			High blood pressure?			Heart problems?		
	Yes	No	DK	Yes	No	DK	Yes	No	DK
Mother	1	0	77	1	0	77	1	0	77
Father	1	0	77	1	0	77	1	0	77
Brother	1	0	77	1	0	77	1	0	77
# of brothers	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Sisters	1	0	77	1	0	77	1	0	77
# of sisters	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		

7.5.	Was your mother or were your sister(s) ever told they had toxemia, pre-eclampsia, or high blood pressure during pregnancy? మీ తల్లికిగాని, అక్కచెల్లెండ్రులకు గాని గర్భధారణ సమయాల్లో ఎప్పడైనా మూర్ఛవ్యాధిగాని, అధిక రక్తపోటు గాని ఉండి ఉన్నాయని చెప్పినారా?		<u>Yes</u>	<u>No</u>	
	Mother		1	0	
	Sister(s)		1	0	
	How many sisters?			<input type="text"/>	
	Don't Know.....			77	
7.6	Do you have any children (from this marriage or any previous marriage/relationship)? మీకు పిల్లలు ఉన్నారా ? (ప్రస్తుత వివాహము లేక ఇంతకు ముందు జరిగిన వివాహము సందర్భముగా)	Yes		1	
	No			2	
	How many children?			<input type="text"/>	

8. BIRTH HISTORY జనన చరిత్ర :

The following questions are about your birth history.

మీ పుట్టుకను గూర్చి ఈ క్రింది ప్రశ్నలు అడుగుతాను

8.1	Were you born prematurely, that is, more than 3 weeks early? మీరు నెలలు నిండక ముందే జన్మించారా? అంటే 3 వారాలు కంటే ముందే?	Yes		1	
	No			0	
	Don't know			77	→ 8.3
8.2	How many weeks early were you born? మీరు ఎన్ని వారాల ముందు పుట్టినారు?	Weeks		<input type="text"/>	
	Don't know			77	
8.3	What was your birth weight when you were born? <i>Record weight in kilograms</i> మీరు పుట్టినప్పుడు ఎంత బరువుతో పుట్టినారు?	KG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Don't know			77	→ 8.5
8.4	Is this birth weight from memory or from a medical card? మీ బరువు మీకు జ్ఞాపకముండినదా లేక మెడికల్ లకార్డులో నున్నదా?	Memory		1	
	Medical card			2	
8.5.	What was your size at birth? మీరు పుట్టినప్పుడు ఎంత పెద్దగా ఉన్నారు?	Large/chubby/big baby		1	
	Normal size baby			2	
	Small			3	
	Very small			4	
	Don't know			77	
8.6	Were you a twin or triplet మీరు కవల పిల్లలా ?	Not twin/triplet		1	→ 9.1
		Twin		2	
		Triplet		3	
		Other _____ (specify)		4	
8.7	If yes, were you and your twin identical or fraternal? మీరు కవలలయితే మీరు, మీ తోబుట్టువు ఒకే పాఠికగా ఉంటారా లేక వేరువేరుగా ఉంటారా? Probe – if they were identical in looks, mark identical ఒకవేళ వారు ఒకే పాఠికతో ఉంటే 'I' గుర్తించండి	Identical		1	
		Fraternal		2	
		Don't know		77	

9. PHYSICAL ACTIVITY వ్యాయామము / భౌతిక చర్య

The following questions ask about your work and sleep habits during the past week
 గత వారములో మీ యొక్క పని మరియు నిద్ర అలవాట్లపై ఈ క్రింది ప్రశ్నలు అడుగుతాను.

9.1	How many people, including you, live in your house? మీతో కలిపి మీ ఇంట్లో ఎంతమంది ఉంటారు?		<input type="text"/> <input type="text"/>	
9.2	How many servants help you in the house/ on farm? మీ ఇంట్లో/పొలంలో ఎంత మంది పని మనుష్యులు ఉన్నారు?	At house On farm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
9.3	On a typical day <u>this past week</u> , what time did you usually go to bed and what time did you usually wake up? గడచిన వారంలో ప్రత్యేకంగా ఒక రోజులో మీరు మామూలుగా ఏ సమయంలో నిద్రపోతారు మరియు ఎప్పుడు నిద్రలేస్తారు?	Go to bed Wake up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AM	
9.4	Please describe your <u>daily</u> schedule or routine for a <u>typical</u> day during the past week. Prompt: As the man describes his daily routine, probe for amount of time spent doing each activity. దయచేసి గత వారంలో ప్రత్యేకంగా ఒక రోజులో మీరు చేయు పనులు వివరించండి. మీ రోజు వారి పనులలో ప్రతి పని కొరకు ఎంత సమయం తేటాయినారో ఈ క్రింది పట్టికలో వ్రాయండి.			
a.	Care of animals జంతు సంరక్షణకు	Yes 1 No 0	# <input type="text"/> <input type="text"/>	# of milking animals <input type="text"/> <input type="text"/>
b.	Fetching firewood కట్టలు తెచ్చుకొనుట	Yes 1 No 0	# days per week <input type="text"/> <input type="text"/>	How far? ≤ 1 km 1 1-3 km 2 >3 km 3
c.	Fetching Water నీళ్లు తెచ్చుకొనుట	Yes 1 No 0	# days per week <input type="text"/> <input type="text"/>	How far? ≤ 1km 1 1-3 km 2 >3 km 3
OTHER WORK ఇతర పనులు				
d.	Farming పొలం పనులు (వ్యవసాయం)	Yes 1 No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> full days per week	How far? ≤ 1 km1 1-3 km2 >3 km3

e.	Labour, construction worker? కూలి, ఇండ్ల నిర్మాణపు పని	Yes	1	<input type="text"/> <input type="text"/> full days	<input type="text"/> <input type="text"/>
		No	0	per week	hours per day
f.	Other work ఇతర పని	Yes	1	<input type="text"/> <input type="text"/> full days	<input type="text"/> <input type="text"/>
	_____	No	0	per week	hours per day
	(Specify) (వివరించండి)				

RESTING విశ్రాంతి

g.	Nap? కునుకు	Yes	1	<input type="text"/> <input type="text"/> hours per	
		No	0	day	
h.	Watch TV? టీ.వి. చూడడం	Yes	1	<input type="text"/> <input type="text"/> hours per	<input type="text"/> <input type="text"/> Programs/ movies
		No	0	day	

10. CIGARETTE / BIDI EXPOSURE సిగరెట్టు / బిడీ ప్రభావము

Present Smoking ప్రస్తుతం పొగత్రాగుట

10.1	Do you smoke tobacco-related products (like cigarettes, bidis, hookah etc) now? ఇప్పుడు మీరు పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు (అనగా సిగరెట్టు, బిడీలు, హుక్కా మొదలైనవి) త్రాగుతున్నారా?	Yes	1		} → 10.4
		No	0		
		Did not answer	88		
10.2	How long have you been smoking at least 3 times per week? ఎప్పటి నుండి మీరు వారానికి కనీసం 3సార్లు పొగత్రాగుతున్నారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> Years smoking			
		If <1 year <input type="text"/> <input type="text"/> months smoking			
10.3	How many cigarettes or bidi or other tobacco-related product do you currently smoke per day? ప్రస్తుతం మీరు రోజుకి ఎన్ని సిగరెట్లు లేక బిడీలు లేక పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు త్రాగుతున్నారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> Cigarettes per day			
		<input type="text"/> <input type="text"/> Bidi per day			
		<input type="text"/> <input type="text"/> Other tobacco related product per day			
		If 10.1 is YES, Skip to 10.9			

Past Smoking గతంలో పొగత్రాగుట

10.4	Have you ever, in the past smoked cigarettes or bidi or other tobacco-related product, but now you do not smoke? ప్రస్తుతం మీరు పొగ త్రాగకపోయినా గతంలో ఎప్పుడైనా సిగరెట్టు, బిడీ లేక ఇతర పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు త్రాగేవారా?	Yes (cigarettes)	1		} → 10.9
		Yes (bidi)	2		
		Yes (Other product)	3		
		No	0		
		Did not answer	88		
10.5	Have you ever in the past smoked at least 3 times per week? గతంలో మీరు ఎప్పుడైనా వారానికి 3సార్లు పొగ త్రాగేవారా?	Yes (cigarettes)	1		
		Yes (bidi)	2		
		Yes (Other product)	3		
		No	0		
		Did not answer	88		

10.6	How long did you smoke before you quit? మీరు మానివేయడానికి ముందు ఎంతకాలం అలా త్రాగారు?	<input type="text"/> Years smoking If < 1 year months <input type="text"/> smoking	
10.7	What year did you quit? ఏ సంవత్సరములో మీరు మానివేసారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Year <input type="text"/> <input type="text"/> Month If participant quit this year, which month?	
10.8	When you were smoking, how many cigarettes or bidi or other tobacco-related product did you smoke on a typical day? మీరు పొగ త్రాగేటప్పుడు ఒక రోజుకి ఎన్ని సిగరెట్లు లేక బీడీలు లేక ఇతర పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు త్రాగేవారు?	<input type="text"/> Cigarettes per day <input type="text"/> Bidi per day <input type="text"/> Other product per day	
Exposure to smoking from others (passive smoking) ఇతరులు పొగత్రాగుట వలన కలిగే ప్రభావము			
10.9	Have you ever exposed to tobacco smoke (like cigarette, bidi, hookah etc) in your home because of smoking by others? మీ ఇంట్లో ఇతరులు పొగత్రాగుట వలన మీరు ఎప్పుడైనా (సిగరెట్, బీడీ, చుట్ట లేక పైపు) పొగకి గురి అయ్యారా?	Yes 1 No 0	→ 10.13
10.10	About how many hours per day are you exposed to this smoke in your home because of smoking by others? మీ ఇంట్లో ఇతరులు పొగత్రాగడం వలన రోజుకి ఎన్ని గంటలు ఆ పొగను పీల్చుకుంటారు?	<input type="text"/> Hours per day <input type="text"/> Minutes per day	
10.11	About how many hours per week are you exposed to this smoke in a small space other than your home, such as friends or relatives homes or at work, because of smoking by others? మీ ఇంట్లో కాకుండా మీ స్నేహితుల మరియు బంధువుల ఇంట్లో ఉన్న కొంచెం స్థలములో ఇతరులు పొగత్రాగుటం వలన వారానికి ఎన్ని గంటలు ఆ పొగను పీల్చుకుంటారు?	<input type="text"/> Hours per week <input type="text"/> Minutes per week	
10.12	Which of the others living in your house smoke tobacco-related products (like cigarettes, bidi, hookah etc)? మీ ఇంట్లో ఎవరు (సిగరెట్, బీడీ, హుక్కా మొదలైన) పొగను త్రాగుతారు?	Wife A Father/Father-in-law B Mother/Mother-in-law C Brother/Brother-in-law D Other person _____ E (specify)	
10.13	Do you chew anything on a regular basis (e.g. pan masala, betel leaves, betel nuts, tobacco)? మీరు క్రమముగా ఏమైనా నములుతారా ? (ఉదా: తమలపాకు, పాన్మసాల, వక్కపాడి, పొగాకు మొ॥నవి)	Yes 1 No 0 Did not answer 88	→ 11.1

10.14	What do you chew? మీరు ఏమి నములుతారు?	Pan masala Betel leaves Betel nuts Tobacco Other _____ (specify)	A B C D E	
10.15	How often do you chew? మీరు ఎంత తరచుగా నములుతారు?	More than once a day Once a day Every few days Once per week Occasionally	1 2 3 4 5	

11. ALCOHOL CONSUMPTION మద్యపానము

11.1	Do you drink any alcohol or alcoholic beverages? మీరు ఏదైనా మద్యపానమును సేవిస్తారా?	Yes No Did not answer	1 0 88	} → 12.1
------	--	-----------------------------	--------------	----------

11.2	If yes, which of the following types of alcohol do you drink, and how often? అవును అయితే, ఏ రకమైన మద్యపానమును మీరు త్రాగుతారు మరియు ఎంత తరచుగా త్రాగుతారు?			
------	---	--	--	--

Type of beverage మద్యపాన రకములు	Yes అవును	No కారు	More than once a day రోజుకి ఒక సారి కంటే ఎక్కువ	Once a day రోజుకి ఒకసారి	A few times each week వారానికి కొన్నిసార్లు	About once per week వారానికి ఒకసారి	Once per month నెలకు ఒకసారి	Rarely (3-4 times per year) ఎప్పడైనా సం॥ 3-4 సార్లు	No. of bottles or sachets at one sitting ఒకసారికి ఎన్ని సీసాలు లేక ప్యాకెట్లు
a. Beer బీర్	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
b. Wine వైన్	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
c. Toddy కల్లు	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
d. Whisky విస్కీ	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
e. Arrack (Govt. liquor) సారాయి	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>
f. Other ఇతరములు _____ (specify)	1	0	1	1	1	1	1	1	<input type="text"/>

12. VEHICLES AND POLLUTION EXPOSURE వాహనములు మరియు కాలుష్య ప్రభావము

12.1	Do you, or someone in your immediate family, own a vehicle? మీరుగానీ లేక మీ కుటుంబంలో వారుగానీ సొంత వాహనము కలిగియున్నారా?	Yes No	1 2	} → 12.6
------	--	-----------	--------	----------

12.2	What type of vehicles? ఏ రకమైన వాహనములు?	Car/Jeep Motorcycle/2-wheeler Tractor Bicycle Other _____ (specify)	A B C D E	
------	---	---	-----------------------	--

12.3	Where is the vehicle kept? వాహనములు ఎక్కడ పెడతారు?	Inside the house 1 Inside the compound but not in the house 2 Not in the compound, but out on the street 3 Other _____ 4 (specify)	
12.4	Is the vehicle often kept running while in the inner courtyard? మీ ఇంటి ప్రక్కనున్న ఖాళీ స్థలములో మీ వాహనమును తరచుగా ఆన్ చేసి పెడతారా?	Yes 1 No 2	
12.5	How often did you ride in/on a vehicle (yours or someone else's) in the past three months? గడచిన 3 నెలల్లో మీరు ఎంత తరచుగా (మీది/ఇతరుల) వాహనముపై ప్రయాణం చేసారు?	Daily 1 Weekly 2 Monthly 3 Never 4	
12.6.	Do you store fuel or diesel in or near the home? మీరు ఇంధనమును లేక డీజిల్ను మీ ఇంటి దగ్గర నిల్వ చేసుకుంటారా?	Yes 1 No 2	→ 13.1
12.7	Which of the fuels do you store in or near your home ? ఈ క్రింది వాటిలో వేటిని మీ ఇంటి దగ్గర నిల్వ చేసుకుంటారు?	Kerosene A Petrol B Diesel C Other _____ D	

13.PESTICIDES AND POTENTIAL EXPOSURE క్రింది సంహారకాలు మరియు ప్రభావము:

Now I would like to ask you about chemical sprays that you might use in and around your house.

Pesticides include many types of chemicals used to repel, kill, or control unwanted weeds, insects, rodents, fungi, or bacteria. They are used on crops, animals, buildings, or roads.

చాలా రకాల రసాయనికాలను గృహ కీటకాలను వెళ్ళగొట్టుటకు, చంపుటకు, కలుపు మొక్కలను అరికట్టుటకు, పురుగులను, ఎలుకలను, పుట్టగొడుగులను లేక బాక్టీరియాను అదుపు చేయుటకు, పంటలకు, జంతువులకు, ఇళ్ళు మరియు రోడ్లు నిర్మాణాలకు వాడతారు.

13.1	Do you or does your household mix, apply, spray, process, or use pesticides? మీరు పురుగుల మందును కలపడం, చల్లటం లేక పురుగుల మందును వాడుతారా ?	Yes 1 No 0 Don't know 77	→ 14.1
13.2	Where do you or your household mix, apply, spray, process or use pesticides? పురుగుల మందు ఎక్కడ చల్లతారు ?	In the house A Courtyard B Farm C Work place D Other _____ E (specify)	

13.3	Who use these pesticides? పురుగుల మందు ఎవరు చల్లుతారు?	Man(participant) 1 Wife 2 Other family members 3 Servants/workers 4 Government people 5 Others_____ 6	→ 13.6					
13.4	When you use/apply the pesticide product(s) at work elsewhere do you wear any protective clothing? క్రిమి సంహారకాలు వాడుతున్నప్పుడు మిమ్మల్ని మీరు కాపాడుకోనుటకు ఏమైనా రక్షకాలు ధరిస్తారా?	Yes 1 No 0						
13.5	What do you wear? మీరు ఏమి ధరిస్తారు?	Face mask 1 Gloves 2 Others_____ 3 (Specify)						
13.6	What are the names of the pesticides you have used in the past three months at work/ elsewhere? గడచిన 3నెలల్లో మీరు పని చేయు స్థలంలో వాడిన క్రిమి సంహారకాల పేర్లు తెలపండి?	_____ _____ _____ (specify) Don't Know 77						
13.7	How often the following pesticides are used in the past three months at your work? గడచిన 3 నెలల్లో ఎంత తరచుగా మీరు పని చేయు స్థలంలో ఈక్రింది క్రిమి సంహారకాలను వాడారు?							
	Type of pesticides క్రిమి సంహారకాల రకములు	Once per day	Several times per week	Once per week	Once per month	Once in three months	Never	
	a. Insecticides to kill bugs/mosquitoes దోమలను, నల్లలను చంపు క్రిమి సంహారకాలు	1	2	3	4	5	6	
	b. Herbicides (weed killer) కలుపు మొక్కలను చంపు మందులు	1	2	3	4	5	6	
	c. Rodenticides to kill rats and mice ఎలుకలను మరియు చిట్టెలుకలను చంపు రోడింటి సైడ్స్	1	2	3	4	5	6	
	d. Fungicides to kill mold or fungus ఫంగస్ను చంపు ఫంగీసైడ్స్	1	2	3	4	5	6	
	e. Bactericides to kill bacteria బాక్టీరియాను చంపు బాక్టీరిసైడ్స్	1	2	3	4	5	6	
	f. Others ఇతరములు _____ (Specify) వివరించండి							
14. ANIMALS AND LIVESTOCK జంతువులు మరియు పశువులు								
14.1.	Do you tend animals outside the home (i.e. on a farm)? మీరు ఇంటి బయట ఏమైనా జంతువులను పెంచు తున్నారా? ఉదా : పొలములో	Yes 1 No 0	→ 15.1					

14.2.	What animals and how many do you tend? ఏ జంతువులు మరియు ఎన్నింటినీ పెంచుతున్నారు?	Yes	No	Number
	a) Dogs	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>
	b) Cats	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>
	c) Goats	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>
	d) Sheep	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>
	e) Chicken or ducks	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>
	f) Buffaloes and cows	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>
	g) Donkeys	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>
	h) Other ----- (Specify)	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>

15. SANITATION పారిశుధ్యత:

15.1.	What are the sanitation facilities available at your house? మీ ఇంట్లో ఎటువంటి పారిశుధ్యత సౌకర్యాలు అందుబాటులో ఉన్నాయి?	No facilities/open defecation1 Pit latrine – open, no cover2 Pit latrine – with concrete slab 3 Toilet with sewer connection 4 Toilet with septic tank connection 5 Don't know 77 Did not answer 88	<input type="text"/>	→ 15.3
15.2	How often is the septic tank emptied? సెప్టిక్ ట్యాంక్‌ను ఎంత తరచుగా ఖాళీ చేస్తారు?	Once in 6 months 1 Once in every <input type="text"/> <input type="text"/> year2 Rented house, does not know.....3 Don't know77 Did not answer 88		
15.3	Is there a public sewer facility available for your street? మీ వీధిలో ప్రభుత్వ మురికినీటి కాలువ సదుపాయం ఉన్నదా?	Yes.....1 No.....0		→ End
15.4	What type of sewer facility? ఎటువంటి మురికి నీటి కాలువ సదుపాయం కలదు?	Ground level open channel1 Ground level closed channel2 Underground open.....3 Underground closed4 Don't know77 Did not answer88		

THANK THE RESPONDENT FOR HIS CO-OPERATION AND REASSURE HIM ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HIS ANSWERS

RECORD THE TIME: _____	Hour	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Minutes	<input type="text"/> <input type="text"/>

SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2010
Life Pilot Study Withdraw From Study Form

IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel: _____

Husband's Name : _____ Study ID: _____

Wife's Name : _____ Study ID: _____

Date of Interview : / /
DAY MONTH YEAR

Record the Time :
Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

PARTICIPANT NO LONGER ELIGIBLE FOR LIFE STUDY			
1.1	Have you or your husband had a surgical sterilization? Either tubectomy, hysterectomy or vasectomy? మీరు లేక మీ భర్త కుటుంబ నియంత్రణ ఆపరేషన్ చేయించుకున్నారా? ట్యూబెక్టమి, హిస్టెరెక్టమి లేక వేసెక్టమి?	Yes.....1 No.....0	→ 1.3
1.2	In what month and year was this surgery done? ఏ నెల మరియు ఏ సం!! లో ఈ ఆపరేషన్ చేయించుకున్నారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month Year	→ END
1.3	Are you and your husband curenlty staying together? మీరు, మీ భర్త ప్రస్తుతం కలసిఉన్నారా?	Yes..... 1 No.....2	→ 2.1
1.4	When did your marriage dissolve? మీరు వివాహ విడిపోయినారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year	→ END
PARTICIPANT DECISION TO WITHDRAW			
2.1	Have you decided to withdraw permanently from the LIFE Study? మీరు లైఫ్ స్టడీ నుండి పూర్తిగా విరమించుకోదలచారా?	Yes.....1 No.....0	→ 2.3

2.2	<p>If you are willing to participate in LIFE study, when do you want to join? మీరు లైఫ్ స్టడీలో పాల్గొనదలుచుకుంటే ఎప్పుడు చేరదలుచుకున్నారు?</p>	Date: _____	→ END
2.3	<p>Do you have any doubts/questions that I can answer so that you can continue to participate in this study? మీకు ఏమైనా ప్రశ్నలకు సమాధానములు కావలసివస్తే నేను ఇవ్వగలను ఒక వేళ వాటి వలన మీరు తిరిగి మనసు మార్చుకొని స్టడీలో ఉండలనుకుంటారేమో?</p>	Yes.....1 No.....0	
2.4	<p>Do you understand that if you withdraw at this time, you cannot return to the study and be a participant at a later time? ప్రస్తుతం మీరు స్టడీ నుండి విరమించుకుంటే మీరు ఇక ముందు తిరిగి స్టడీలో పాల్గొనలేరని తెలుసా?</p>	Yes.....1 No.....0	
2.5	<p>Do you understand that if you withdraw you will no longer receive the benefits given to LIFE participants, including free health services at MediCiti Hospital, photographs and laboratory screening tests? ఈ పరిశోధన నుండి విరమించుకుంటే లైఫ్ స్టడీలో పాల్గొనేవారు పొందే సౌకర్యములు అనగా మెడిసిటిలో ఉచిత ఆరోగ్య సేవలు, ఫోటోలు మరియు లేబరేటరీ పరీక్షలు మీరు ఎప్పటికీ పొందలేరని మీకు తెలుసా?</p>	Yes.....1 No.....0	
2.6	<p>Why are you deciding to withdraw from the study? ఎందుకు మీరు స్టడీ నుండి విరమించుకోవాలని నిర్ణయించుకున్నారు?</p>	Refused for laboratory visit A Does not like visits from LIFE staff..... B Bad experience with LIFE study C Not becoming pregnant D Does not like MediCiti E Other _____ F Specify	

LIFE PILOT STUDY 2009
Life Pilot Study 1st Trimester Visit Questionnaire

IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel: _____

Husband's Name : _____ Study ID: _____

Wife's Name : _____ Study ID: _____

Date of Interview : / /
DAY MONTH YEAR

Record the Time :
Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

Introduction: Thank you for agreeing to respond to the questions in this questionnaire. The questions cover the following topics: your current health, your pregnancy history, your exposure to cigarettes and your mental health. We are asking each of these questions because we believe they may play a role in determining your health and may have an influence on how big and healthy your babies are when they are born. We hope that if we can find out why so many babies are so little, that we may be able to do something in the future to make sure that they are big enough when they are born.

None of this information will be shared with anyone outside of the project. We will keep your information confidential and anonymous. If you feel uncomfortable or do not want to answer any question, please say this and I (the interviewer) will then move to the next question. If you have doubts about why we are asking certain questions, please ask and I will explain the reason for the question. None of the questions are meant to offend, imply anything, or make judgments about you or your family.

పరిచయము : ఈ ప్రశ్నాపత్రములోని ప్రశ్నలకు సమాధానము ఇవ్వడానికి అంగీకరించినందుకు మీకు మా వందనాలు. ఈ ప్రశ్నాపత్రము ద్వారా ఈ క్రింది విషయాలను గూర్చి మిమ్ములను ప్రశ్నిస్తాము. మీ ప్రస్తుత ఆరోగ్యము, మీ గర్భారోగ్య చరిత్ర, పాగత్రాగుటలాంటి అలవాట్లు మరియు మీ మానసిక ఆరోగ్యము మొదలైన వాటి గురించి కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాము. ఎందుకంటే మేము అడిగే ప్రతి విషయము మీ ఆరోగ్యాన్ని నిర్ధారించుటలో పాత్ర వహిస్తుందని మరియు పుట్టిన పిల్లల పరిమాణముపై ప్రభావము చూపుతుందని నమ్ముచున్నాము. శిశువులు తక్కువ పరిమాణంలో పుట్టడానికి కారణాన్ని కనుక్కోగలిగితే భవిష్యత్తులో శిశువుల పరిమాణాన్ని సరి చేసేందుకు అవకాశాలుంటాయని మేము భావిస్తున్నాము. ఈ సమాచారము ప్రాజెక్టు బయట ఎవరితోను పంచుకోము. ఈ సమాచారమును చాలా రహస్యంగా ఉంచుతాము మరియు మీ పేరు ఎక్కడ చూపము. ఒకవేళ మీకు ఇబ్బందికరంగా ఉంటే, ఏదైనా ప్రశ్నకు సమాధానం ఇవ్వడం ఇష్టం లేకపోతే దయచేసి నాకు (ఇంటర్వ్యూ చేయు వారికి) తెలపండి. ఆ ప్రశ్నను వదలి తర్వాత ప్రశ్న అడుగుతాము. ఒకవేళ మీకు ఈ ప్రశ్నలు ఎందుకు అడుగుచున్నారనే అనుమానం కలిగినట్లయితే దయ చేసి నన్ను అడగండి, నేను దానికి గల కారణాలను వివరిస్తాను. ఏ ప్రశ్న కూడా మిమ్మల్ని లేక మీ కుటుంబాన్ని కించపరచడానికి లేక మీమీ స్థితిగతులపై తీర్పు చెప్పడం కొరకు కాదు.

1. Background

<p>1.1</p>	<p>What was the first day of your last menstrual period? మీ గత నెలసరిలో మొదటి రోజు ఏమిటి ?</p> <p>Use events of the past month like festivals to probe for first day of last menstrual period గత మాసంలోని పండుగలులాంటి ముఖ్య సంఘటనలను ఉపయోగించండి</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Day Month Year</p> <p>Don't know..... 77</p> <p>Don't know Day.....77</p> <p>Don't know Month.....77</p>	
<p>1.2</p>	<p>How many weeks or months pregnant are you now? ఇప్పుడు మీరు ఎన్ని వారాల లేదా నెలల గర్భవతి?</p>	<p>Weeks <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OR</p> <p>Months <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Don't know..... 77</p>	
<p>1.3</p>	<p>How did you first learn or determine that you were pregnant? మీరు గర్భవతి అని ఎలా తెలుసుకున్నారు ?</p> <p>[Prompt: The answer may be option B if the participant confirmed her pregnancy with the pregnancy kit you just completed in the field]</p>	<p>Missed period A</p> <p>Confirmation by urine or blood test by health professional B</p> <p>Pregnancy symptoms such as nausea, breast tenderness and/or increase in appetite C</p> <p>Confirmation by ultrasound by health professional..... D</p> <p>Other E</p>	
<p>1.4</p>	<p>Do you plan to move to a different home, for instance your parents' home, during your pregnancy? మీరు ఈ గర్భంతో ఉన్నప్పుడు వేరే ఇంటికి వెళ్లాలని, తల్లిగారి ఇంటికి వెళ్లాలని ఏమైన అనుకుంటున్నారా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	<p>2.1</p>
<p>1.5</p>	<p>During which month of your pregnancy will you go to this other home? గర్భంతో ఉన్నప్పుడు మీరు ఏ నెలలో వేరే ఇంటికి వెళతారు?</p>	<p>Month of pregnancy <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Don't know/depends on husband or parents.....77</p>	
<p>1.6</p>	<p>How long do you intend to stay at this home? ఈ ఇంట్లో మీరు ఎంతకాలం ఉండాలనుకుంటున్నారు ?</p>	<p>How many months total <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OR</p> <p>Until how many months after delivery <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Don't know/depends on parents.....77</p>	
<p>1.7</p>	<p>Can we contact you by telephone at the place you are moving? మీరు వెళ్తున్న ప్రదేశంలో మేము ఫోన్ ద్వారా మిమ్మల్ని సంప్రదించవచ్చా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	<p>2.1</p>

1.8	What is the telephone number? మీ యొక్క టెలిఫోన్ నంబర్ ఏమిటి?	_____ ENTER TELEPHONE NUMBER	
		Don't know.....77	
1.9	Whose telephone is it? ఈ టెలిఫోన్ ఎవరిది?	Parents 1 Grandparents 2 Sibling 3 Other family member _____ 4 specify Friends 5 Someone else _____ 6 specify	

2. HEALTH

Next, I have some general questions about your health and your health history

2.1	Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు ? చాలా బాగుండా, బాగుండా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా?	Very good1 Good2 Average.....3 Poor.....4	
2.2	Have you ever in your life had any of the following? మీ జీవితకాలంలో మీరు ఎప్పుడైనా ఈ క్రింది వాటిలో దేనితోనైనా బాధపడ్డారా?		
		YES NO DON'T KNOW	
	a. Itching or irritation over the vulva యోని దగ్గర దురద మరియు చిరాకు	1 0 77	
	b. Vaginal pain యోని నొప్పి	1 0 77	
	c. Pain during urination మూత్రం వెళ్ళినపుడు నొప్పి	1 0 77	
	d. Swelling in the groin గజ్జం దగ్గర వాపు	1 0 77	
	e. Pain in the lower abdomen not related to menses వెలసరికి సంబంధం లేకుండా పొత్తి కడుపులో నొప్పి	1 0 77	
	f. Bleeding between menstrual periods (not caused by Sunday/Monday pills) వెలసరికి మధ్యలో రక్తస్రావం (ఎర్రబట్ట) కలగడం (ఆదివారం/సోమవారం మాత్రం వల్ల కాకుండా)	1 0 77	
	g. Abnormal vaginal odor యోని వద్ద అసాధారణమైన వాసన	1 0 77	
	h. Pain during sexual intercourse దాంపత్యంలో కలిసినపుడు నొప్పి కలగడం	1 0 77	
	i. Spotting after sexual intercourse దాంపత్యంలో కలిసినపుడు రక్తం చుక్కలు కారడం	1 0 77	

2.3	<p>Have you ever in your life experienced abnormal vaginal discharge?</p> <p>మీకు ఎప్పుడైనా యోని నుండి అసాధారణమైన ప్రావం (తెల్లబట్ట) కలిగినదా ?</p> <p>[Prompt: Abnormal vaginal discharge may have an unusual color, texture or odor. It is “abnormal” if they have more discharge than usual]</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	3.1
2.4	<p>What was the texture of the discharge?</p> <p>ఆ తెల్లబట్ట సాంద్రత ఎలా ఉండినది ?</p>	<p>Sticky mucoid.....A</p> <p>Frothy.....B</p> <p>Curdish.....C</p> <p>Pus like.....D</p> <p>Same as usual.....E</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	
2.5	<p>What was the odour of the discharge?</p> <p>ఈ ప్రావం వాసన ఎలా ఉండినది ?</p>	<p>Foul.....A</p> <p>Same as usual.....B</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	
2.6	<p>What color was the discharge?</p> <p>ఈ ప్రావం ఏ రంగులో ఉండినది ?</p>	<p>White/gray.....A</p> <p>Colourless.....B</p> <p>Yellow/green.....C</p> <p>Brown.....D</p> <p>Bloody.....E</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	
2.7	<p>Has there ever been a time when you experienced lower abdominal pain and at least one or more of the following symptoms together?</p> <p>మీకు ఎప్పుడైనా ఈ క్రింద ఉన్నటువంటి లక్షణాలన్ని ఒకేసారి కలిగాయా ?</p> <p>1. Fever జ్వరం</p> <p>2. Vaginal bleeding not related to menses నెలసరికి సంబంధం లేకుండా రక్తప్రావం (ఎర్రబట్ట) కలగడం</p> <p>3. abnormal vaginal discharge యోని వద్ద అసాధారణమైన ప్రావం</p> <p>4. Pain during urination? మూత్రం వెళ్ళినప్పుడు నొప్పి</p> <p>[Prompt: Ask if she had these symptoms all at the same time]</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	3.1

2.8	How many times have you experienced this set of symptoms? మీరు ఎన్నిసార్లు ఈ విధమైన లక్షణాలను అనుభవించారు ?	Times <input type="text"/>	
2.9	Are you currently experiencing all of these symptoms? (lower abdominal pain and at least one of the symptoms, i.e. fever, vaginal bleeding not related to menses, abnormal vaginal discharge, and pain during urination) మీరు ప్రస్తుతం ఈ లక్షణాలన్నింటినీ అనుభవిస్తున్నారా ? [Prompt: Ask if she has all these symptoms at the same time]	Yes.....1 No.....0 Did not answer.....88	
2.10	Did you receive medical treatment when you were experiencing all of these symptoms? మీరు ఈ లక్షణాలన్నింటినీ అనుభవించేటప్పుడు మీరేమైన వైద్యం తీసుకున్నారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	3.1
2.11	Where did you go for treatment of these symptoms? ఈ లక్షణాల కొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు ?	UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A Private Clinic or Doctor's OfficeB Registered Medical Practitioner (RMP)/ HomeopathC MediCitiD Private Nursing Home or Private Hospital – other than MediCiti E Traditional Healer F Some Other Place _____ G Specify Don't know/unknown 77 Did not answer question 88	
2.12	What kind of medical treatment did you have to treat these symptoms? ఈ లక్షణాల చికిత్సకై మీరు ఏ విధమైన వైద్యం తీసుకున్నారు ?	Did not get any treatment.....A Received pills.....B Received an injectionC Got intravenous medicine in the hospital (inpatient).....D Other _____ E (specify) Don't know.....77 Did not answer question 88	

3. CURRENT HEALTH STATUS

<p>3.1</p>	<p>Have you had any of the following during the past 30 Days? గడచిన 30 రోజుల్లో ఈ క్రింది వాటిలో దేనితోనైనా బాధపడ్డారా ?</p> <p>a. Diarrhea విరేచనాలు</p> <p>b. Blood in stools మలంలో రక్తం</p> <p>c. Respiratory infections (cough etc) శ్వాసకోస వ్యాధులు (దగ్గు మొదలైనవి)</p> <p>d. Throat infections (sore throat) గొంతు వ్యాధులు</p> <p>e. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధిత వ్యాధి</p> <p>[prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination]</p> <p>f. Fever జ్వరం</p> <p>g. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, క్రుంగిపోవుట భావోద్దేశ సమస్యలు</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>NO. OF DAYS ILL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	NO. OF DAYS ILL	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	
YES	NO	NO. OF DAYS ILL																									
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																									
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																									
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																									
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																									
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																									
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																									
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																									
<p>3.2</p>	<p>In the past 30 days, did you take any antibiotic or medication or pills or injection for any infection? గడచిన మాసంలో మీరు ఏదేని వ్యాధి కొరకు యాంటీ బయాటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>3.4</p>																								
<p>3.3</p>	<p><i>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics</i> ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి తరువాత అవి యాంటీబయాటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.</p>	<p>Days Taken <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Medications (specify)</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p>																									
<p>3.4</p>	<p>In the past 30 days, were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury? గడచిన మాసంలో అనారోగ్యం/గాయం వల్ల మీరు మామూలుగా చేయు పనులు చేయలేకపోయారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0</p>	<p>3.6</p>																								

3.5	<p>How many days were you unable to do your regular duties because of injury/illness? ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం / గాయం వల్ల రోజూ చేయు పనులు చేయలేకపోయారు ?</p>	<p>Injury Illness</p>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding-left: 5px;">Days</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding-left: 5px;">Days</td> </tr> </table>			Days			Days	
		Days								
		Days								

3.6	<p>In this question I am asking about vitamin deficiencies. When someone is missing certain vitamins in their diets there are three things they might experience: very sore and swollen tongue; cracks and soreness at the corners of the mouth; night blindness. These symptoms of vitamin deficiency would last a long time, difficult to treat, and would probably get worse over time before getting better.</p> <p>ఈ ప్రశ్నలో నేను విటమిన్ లోపాలను గురించి అడుగుతాను. కొంతమందికి ఆహారములో విటమిన్లు లోపించినట్లయితే వారికి నాలుకపై పుండ్లు, పొక్కులు, నోటి చివర పగుళ్ళు, రేచీకటి లాంటి లక్షణాలు కలుగవచ్చును. ఈ లక్షణాలు విటమిన్ లోపమునకు కారణము, ఇవి చాలా కాలం ఉంటాయి మరియు చికిత్స చేయుటకు చాలా కష్టము.</p>			
-----	--	--	--	--

	<p>Since you became pregnant, have you had sore tongue, cracks at the corners of the mouth, night blindness that lasted more than a week and got worse over time? మీరు గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు మీరు వారం కంటే ఎక్కువ కాలం ఎప్పుడైనా నాలుకపై పుండ్లు, పొక్కులు లేక రేచీకటిలాంటి లక్షణాలను అనుభవించారా ?</p> <p>a. Sore tongue నాలుకపై పుండు</p> <p>b. Cracks at the corners of the mouth నోటి చివరలో పగుళ్ళు మరియు పొక్కులు</p> <p>c. Night blindness రేచీకటి</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">YES</th> <th style="width: 33%;">NO</th> <th style="width: 33%;">MEDICATION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>[_____]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>[_____]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>[_____]</td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	MEDICATION	1	0	[_____]	1	0	[_____]	1	0	[_____]		
YES	NO	MEDICATION														
1	0	[_____]														
1	0	[_____]														
1	0	[_____]														

4. HEALTH DURING YOUR CURRENT PREGNANCY

4.1	<p>Have you had any vaginal bleeding since your last menstrual period? గత నెలసరి తరువాత మీకు (మధ్యలో) రక్తస్రావం ఎమైనా జరిగినదా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	} 4.3
4.2	<p>How many pads/cloths did you use for the bleeding at its heaviest in a day? మీకు రక్తస్రావం (ఎర్రబట్ట) ఎక్కువగా అయినప్పుడు మీరు ఎన్ని ప్యాడ్లు/బట్టలు వాడారు ?</p>	<p>Spotting 1 1-2 pads per day..... 2 3-4 pads per day3 >4 pads per day 4 1-2 cloths per day 5 3-4 cloths per day 6 >4 cloths per day 7 Don't know.....77 Did not answer..... 88</p>	

4.3	Have you been experiencing nausea and/or vomiting? మీకు ఎప్పుడైనా తల తిరగడం లేక వాంతులు అవ్వడం జరిగినదా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	5.1
4.4	For how many weeks during this pregnancy did you experience nausea/vomiting? మీరు ఈ గర్భంతో ఉన్నప్పుడు ఎన్ని వారాలు మీకు తల తిరగడం లేక వాంతులు అవ్వడం జరిగింది?	Weeks <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.5	How many days in a week do you experience nausea/vomiting? ప్రతి వారంలో ఎన్ని రోజులు మీకు తల తిరగడం/ వాంతులు అవ్వడం జరిగింది?	Days <input type="text"/>	
4.6	What time of day do you experience nausea/vomiting occur? దినంలో మీకు ఏ సమయంలో తల తిరగడం/ వాంతులు అవ్వడం జరుగుతుంది?	Morning A Afternoon B Evening C All times of dayD	

5. ANTENATAL CARE

I would like to ask you some questions about your current pregnancy.

నేను ఈ గర్భం గురించి కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాను

Investigator Reads to Participant: Ante-Natal Care, or ANC visits are visits with a trained health care professional aimed at preparation of the pregnant woman for birth and management of complications, if any, during her pregnancy. Some goals of ANC visits are health and nutrition promotion and detection of high risk pregnancy.

ఇంటర్వ్యూ చేసేవారు పాత్రదారికి చదివి వినిపించాలి:

తర్ఫీదైన ఆరోగ్య కార్యకర్తచే జరుపబడిన ఎఎన్ఎస్ లేక ఎఎన్ఎస్ విజిట్స్/చెక్ప్ యొక్క ఉద్దేశ్యమేమనగా స్త్రీ గర్భవతిగా నున్నప్పుడు ఒకవేళ ఏమైనా జబ్బు చేసినచో తనని తాను ఎలా రక్షించుకోవాలి మరియు కాన్సుకి ఎలా సిద్ధముగా ఉండాలి అని తెలియచేయడం. మరికొన్ని ఎఎన్ఎస్ విజిట్స్ హైరిస్క్ బిడ్డ పుట్టకుండా ఉండేందుకు ఆరోగ్య మరియు ఆహార ప్రాధాన్యతలను పరిశీలించబడును.

5.1	During this pregnancy, have you had your first ANC visit with a health care professional? ఇప్పుడున్న గర్భమునకు, మీరు మొదటి ఎఎన్ఎస్ విజిట్ ఆరోగ్య కార్యకర్త ద్వారా చేయించుకున్నారా? [Prompt: If this interview is being conducted during their first visit, at MediCiti, mark Yes.] మెడిసిటిలో వారి మొదటి ఎఎన్ఎస్ జరుగుతు వుంటే ' అవును' అని గుర్తించండి.	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	5.10
5.2	When did you have your first ANC visit/checkup for this pregnancy? ఇప్పుడున్న గర్భమునకు, మీరు మొదటి ఎఎన్ఎస్ విజిట్/ చెక్ప్ గాని ఎప్పుడు చేయించుకున్నారు ? [Prompt: If this interview is being conducted during their first visit, at MediCiti, put today's date]	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year Don't know Day.....77 Don't know Month.....77	

5.3	<p>Where have you had ANC visits? మీరు ఎఎన్సి చెకప్లు ఎక్కడ చేయించుకున్నారు ?</p> <p>[Prompt: Please list all health care facilities where participant has had ANC visits]</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital)A MediCiti HospitalB Private Health Facility (Clinic, Doctor's Office, Nursing Home or Hospital)C DAI (Traditional Birth Attendant)D Government Trained Birth AttendantE Some Other Place _____ F specify Don't know/unknown77 Did not answer question88</p>	
5.4	<p>Who chose this health provider for your ANC? ఈ ఆరోగ్య కార్యకర్తను మీ ఎఎన్సి కొరకు ఎవరు ఎన్ని కచేసారు?</p>	<p>I did (woman) A Mother-in-law / Father-in-law..... B Mother / Father C Husband D Health FunctionaryE Someone else _____ F (Specify) Don't know/unknown 77 Did not answer question 88</p>	
5.5	<p>Why was this health facility chosen? ఈ ఆరోగ్య కేంద్రమునే ఎందుకు ఎంచుకున్నారు ?</p> <p>[Prompt: If the woman did not choose the health facility and does not know why it was chosen, mark Don't know, 77]</p>	<p>Proximity/closeness to house A I/my family have received care there before B Recommended by friend or family member C Quality of care is good D Services are more affordable than other places. E It is the only place near enough F Other reason _____ G specify Don't know/unknown77 Did not answer question88</p>	
5.6	<p>How many ANC visits, during the current pregnancy, have you had including today? మీరు ప్రస్తుతం గర్భవతిగా ఉన్నందున ఈ రోజుతో కలి పి ఎన్ని ఎఎన్సి చెకప్లు చేయించుకున్నారు ?</p>	<p>Visits <input type="text"/></p>	
5.7	<p>Has your <u>health care provider</u> given you an expected date of delivery for this pregnancy? మీ ఆరోగ్య సంరక్షణ చేసే డాక్టర్ మీరు ప్రసవించే తేదీ చెప్పినారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	5.14

5.14	Do you know where you will deliver your baby? మీ బిడ్డను ఎక్కడ ప్రసవిస్తారో మీకు తెలుసా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 5.16
5.15	Where will you deliver your baby? మీరు మీ బిడ్డను ఎక్కడ ప్రసవిస్తారు ?	UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A MediCiti B Private Nursing Home or Private Hospital – other than MediCiti C At home with Birth Attendant..... D At home without Birth Attendant..... E Some Other Place _____ F specify Don't know..... 77 Did not answer question 88	
5.16	Have you had any pregnancy related visit with a health professional that was not an ANC visit? మీరు ఎఎన్ఎస్ విజిట్ కాకుండా ఇంక ఏమైన గర్భాధారణకు సంబంధించి ఆరోగ్య కార్యకర్తని కాని/ డాక్టర్ని కాని సంప్రదించారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 5.19 <input type="checkbox"/> → 6.1
5.17	How many of these non-ANC visits have you had? ఎఎన్ఎస్ సందర్శన కాకుండా ఎన్నిసార్లు సంప్రదించారు?	Visits <input type="text"/>	
5.18	With whom did you have this non-ANC visit? మీరు ఎవరిని సంప్రదించారు ?	UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A MediCiti Hospital B Private Health Facility (Clinic, Doctor's Office, Nursing Home or Hospital) C DAI (Traditional Birth Attendant) D Government Trained Birth AttendantE Some Other Place _____ F specify Don't know/unknown 77 Did not answer question 88	

5.19	During your current pregnancy have you been told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions? ప్రస్తుతం ఈ గర్భం దాల్చిన తరువాత మీకు డాక్టర్ లేక ఆరోగ్య సంరక్షకులు ఈ క్రింది వాటిలో ఏమైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా ?	YES	NO	DON'T KNOW
	a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి	1	0	77
	b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు	1	0	77
	c. Swelling of your feet పాదాల వాపు	1	0	77
	d. Swelling of your face ముఖం వాపు	1	0	77
	e. Contractions of your uterus గర్భకోశంలో కాంట్రాక్షన్స్ రావడం	1	0	77
	f. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి	1	0	77
	g. Anemia రక్తహీనత	1	0	77
	h. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు	1	0	77
	i. A vaginal discharge యోనిస్రావము	1	0	77
	j. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు	1	0	77
	k. Jaundice పసికర్లు	1	0	77
	l. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట	1	0	77
	m. Goiter గొంతులో కణితి	1	0	77
	n. Any other pregnancy related condition ఇంక ఏదైన గర్భాధారణకి సంబంధించిన బాధ	1	0	77
	<hr/> specify			

6. Vitamins

6.1	<p>Since you first suspected that you were pregnant, have you taken any multi vitamins or prenatal vitamins?</p> <p>మీరు గర్భవతి అని తెలిసినప్పటి నుండి మీరు ఏమైనా విటమిన్ బిళ్ళలు తీసుకున్నారా ?</p> <p>(PROMPT: with names of local multi-vitamins or prenatal vitamins)</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	7.1
6.2	<p>Did you receive vitamins/tablets at your first ANC visit?</p> <p>మీరు మీ మొదటి ఎఎన్సి చెకప్ అప్పుడు విటమిన్లు/బిళ్ళలు స్వీకరించారా ?</p> <p>[PROMPT: Ask to look at any tablets received at first ANC visit. Assume that any tablets not for a specific illness or infection are vitamins]</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Has not completed first ANC2 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
6.3	<p>Did you receive Iron-Folic-Acid (IFA) tablets from the Primary Health Center?</p> <p>మీరు ఆరోగ్య కేంద్రము నుండి ఐరన్ ఫోలిక్ యాసిడ్ బిళ్ళలు స్వీకరించారా ?</p> <p>[Prompt: Show blister pack with IFA tablets as an example]</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
6.4	<p>What are the vitamins you are taking?</p> <p>మీరు ఏయే విటమిన్ బిళ్ళలు తీసుకుంటున్నారు ?</p> <p>[PROMPT: Ask to see bottle and record the name of the vitamins.]</p>	<p>Vitamin C A Vitamin A B Vitamin B12 C Calcium D Vitamin D E Vitamin E F Folic Acid G IFA Tablets H Other _____ I</p> <p>Specify</p> <p>Don't know..... 77</p>	
6.5	<p>When did you start taking the vitamins/tablets?</p> <p>మీరు విటమిన్ బిళ్ళలు వేసుకోవడం ఎప్పుటి నుండి మొదలు పెట్టారు ?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Month Year</p> <p>OR</p> <p>Month of Pregnancy <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Don't know..... 77</p>	

6.6	When you first got them, how often did you take the vitamins/tablets? మీరు విటమిన్ బిళ్లలు ఎప్పుడు తెచ్చుకున్నారు, ఎంత తరచుగా వేసుకున్నారు ?	1 each day1 2 each day2 3 or more each day 3 1-3 each week 4 4-6 each week5 Only a few days a month..... 6 Other _____ 7 Describe Don't know.....77 Did not answer.....88	
6.7	Since then (prompt: date given above), did you change how often you were taking the vitamins/tablets? మీరు విటమిన్లు తీసుకోవడం మొదలు పెట్టినప్పటి నుండి ఎంత తరచుగా మీ క్రమమును మార్చి వేసారు ?	No change 1 Stopped for >1 week 2 Took more vitamins 3 Took fewer vitamins 4 Don't know.....77 Did not answer.....88	6.10 6.10
6.8	Did you stop because you were experiencing nausea or vomiting? మీకు కడుపులో తిప్పడం లేక వాంతి కలగడం వలన ఆపు చేసారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	6.10
6.9	Why did you stop taking the vitamins? మీరు విటమిన్ బిళ్లలు వేసుకోవడం ఎందుకు మాని వేసారు ?	Describe: _____ _____	
6.10	In the last seven days , how many days did you take a prenatal or multi vitamin? గడచిన వారములో ఎన్ని రోజులు మీరు విటమిన్ బిళ్లలు తీసుకున్నారు ?	Every day 1 6 days 2 5 days 3 4 days 4 3 days 5 2 days 6 1 day 7 Did not take any day..... 8	

7. PREGNANCY HISTORY

These next questions are about any pregnancies you may have had in the past including current pregnancy

7.1	Did you have any problem conceiving with any of your pregnancies? Was their any delay in conceiving, in your opinion? మీరు గర్భవతి అయిన ప్రతిసారి ఏమైనా ఇబ్బందులు కలిగినా ? అనగా గర్భవతి కావడానికి మీ ఉద్దేశ్యం ప్రకారం ఏమైనా ఆలస్యం జరిగినదా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	7.4
7.2	Have you or your husband ever talked about fertility problems with a doctor? మీరు గాని లేక మీ భర్తగాని ఎప్పుడైనా పిల్లలు కలగడానికి సంబంధించిన విషయమై డాక్టర్ తో మాట్లాడినారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	7.4

7.3	<p>Did the doctor tell you that you had any of the following infertility problems?</p> <p>మీ డాక్టర్ మీకు పిల్లలు కలుగకపోయే అవకాశమున్నదని చెప్పినారా ?</p>	<p>Problems with ovulation.....A Problems with menstruation B Blocked tubes.....C Other tube or pelvic problems.....D Endometriosis.....E Semen or sperm problems.....F Any other infertility problems.....G Other_____ H (specify) Don't know.....77 Did not answer..... 88</p>	
7.4	<p>Have you ever been pregnant before this pregnancy?</p> <p>ఈ గర్భమునకు ముందు మీరు ఎప్పుడైనా గర్భవతిగా ఉన్నారా ?</p> <p>Please include live births, miscarriages, stillbirths, ectopic pregnancies, abortions and pregnancy terminations.</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	8.1
7.5	<p>How many times have you been pregnant before this pregnancy (include live births, miscarriages, stillbirths, ectopic pregnancies, abortions and pregnancy terminations)?</p> <p>మీరు ఈ గర్భము దాల్చక ముందు ఎన్నిసార్లు గర్భవతి అయ్యారు ?</p>	<p>Pregnancies <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
7.6	<p>How old were you when you became pregnant for the first time?</p> <p>మీరు మొదటిసారి గర్భవతి అయినప్పుడు మీ వయస్సెంత ?</p>	<p>Age <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

7.7	<p>During your previous {pregnancy/pregnancies} <u>were you told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions?</u></p> <p>ఇది వరకు మీరు గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు మీకు డాక్టర్ లేక ఆరోగ్య సంరక్షకులు ఈ క్రింది వాటిలో ఏమైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా ?</p> <p>a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి</p> <p>b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు</p> <p>c. Preeclampsia మూర్ఛ వ్యాధి</p> <p>[Prompt: High BP & protein in urine]</p> <p>d. Swelling of your feet గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు కాళ్ళవాపు</p> <p>e. Swelling of your face ముఖం వాపు</p> <p>f. Early contractions of your uterus గర్భకోశంలో కాంట్రాక్షన్స్ రావడం</p> <p>g. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి</p> <p>h. Anemia రక్తహీనత</p> <p>i. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు</p> <p>j. Abnormal vaginal discharge అసాధారణమైన యోని ప్రావము</p> <p>k. Jaundice పసికర్లు</p> <p>l. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు మంట లేక నొప్పి</p> <p>m. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు</p> <p>n. Goiter గొంతులో కణితి</p> <p>o. Any other pregnancy related condition ఇంక ఏదైనా గర్భాధారణకి సంబంధించిన బాధ</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Specify</p>	<p>YES</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>NO</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>DON'T KNOW</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p> <p>77</p>	
-----	--	--	--	--	--

Now I'm going to ask about {each of} your {pregnancies/pregnancy}, {beginning with the first one.}

		PREG #1	PREG #2	PREG #3	
7.8	<p>In what month and year did your [FIRST/NEXT] pregnancy end? Or, what month and year was your baby born?</p> <p>ఏ నెల మరియు ఏ సంవత్సరములో మీ (మొదటి/తరువాత) బిడ్డ పుట్టినారు ?</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Day</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Month</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Year</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Day</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Month</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Year</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Day</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Month</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Year</p>	

7.9	<p>What was the outcome of this pregnancy?</p> <p>ఈ గర్భము ద్వారా కలిగిన ఫలితము ఏమి ?</p>	<p>Stillbirth 2 Miscarriage ... 3 Induced abortion 4 Tubal, ectopic pregnancy.... 5 Molar pregnancy 6 Live birth 1</p> <p>7.11 ←</p>	<p>Stillbirth 2 Miscarriage ... 3 Induced abortion 4 Tubal, ectopic pregnancy.... 5 Molar pregnancy 6 Live birth 1</p> <p>7.11 ←</p>	<p>Stillbirth 2 Miscarriage ... 3 Induced abortion 4 Tubal, ectopic pregnancy.... 5 Molar pregnancy 6 Live birth 1</p> <p>7.11 ←</p>	
7.10	<p>How many months pregnant were you when this pregnancy ended?</p> <p>ఈ గర్భము పూర్తి అయ్యే నాటికి మీరు ఎన్ని నెలల గర్భవతి?</p> <p>[probe: try to find out weeks, if woman is unclear, record based on knowledge of months pregnant]</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/> Months</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/> Months</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/> Months</p>	
7.11	<p>Did you receive antenatal care during this pregnancy?</p> <p>ప్రస్తుతం గర్భవతి అయిన తర్వాత ఎఎన్సి చెకప్ చేయించుకున్నారా ?</p>	<p>Yes 1 No 0</p> <p>7.13 ←</p>	<p>Yes 1 No 0</p> <p>7.13 ←</p>	<p>Yes 1 No 0</p> <p>7.13 ←</p>	
7.12	<p>If yes, how many ANC visits did you have during the pregnancy?</p> <p>ఒకవేళ అవును అయితే ప్రస్తుతం గర్భవతి అయిన తరువాత ఎన్నిసార్లు ఎఎన్సి చెకప్లు చేయించుకున్నారు ?</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/> Visits</p> <p><3 1 >3 2 Don't Know 77</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/> Visits</p> <p><3 1 >3 2 Don't Know 77</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/> Visits</p> <p><3 1 >3 2 Don't Know 77</p>	
7.13	<p>During this pregnancy, were you diagnosed with preeclampsia?</p> <p>ప్రస్తుతం గర్భవతి అయిన తరువాత మీకు మూర్ఛ వ్యాధి కలదని నిర్ధారణ చేసినారా ?</p> <p>[Prompt: High blood pressure and protein in the urine]</p>	<p>Yes 1 No0 Don't Know 77</p>	<p>Yes 1 No0 Don't Know 77</p>	<p>Yes 1 No0 Don't Know 77</p>	
7.14	<p>During this pregnancy, were you diagnosed with diabetes?</p> <p>ప్రస్తుతం గర్భవతి అయిన తరువాత మీకు షుగర్ వ్యాధి ఉన్నదని నిర్ధారణ చేసినారా ?</p> <p>[Prompt: sugar disease during pregnancy when you didn't have sugar disease before pregnancy]</p>	<p>Yes 1 No0 Don't Know 77</p>	<p>Yes 1 No0 Don't Know 77</p>	<p>Yes 1 No0 Don't Know 77</p>	

**IF NOT LIVEBIRTH, GO BACK TO QUESTION 7.8 IN THE NEXT COLUMN
IF NO MORE PREGNANCIES, GO TO QUESTION 8.1**

7.15	How many babies did you give birth to? మీరు ఎంతమంది పిల్లలను కన్నారు?	Single birth ... 1 Twins 2 Triplets 3 Other _____ 4 specify	Single birth ... 1 Twins 2 Triplets 3 Other _____ 4 specify	Single birth ... 1 Twins 2 Triplets 3 Other _____ 4 specify	→ If twins → 7.25
7.16	Was the baby a boy or girl? ఆ బిడ్డ పాప లేక బాబా ?	Boy 1 Girl 2	Boy 1 Girl 2	Boy 1 Girl 2	
7.17	What was the birth weight? పుట్టినప్పుడు బరువెంత ? Please indicate if this is the mother's memory of birth weight or ask if she has the child's medical card with birth weight written on it.	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG Don't Know 77 No answer .. 88 Memory 1 Medical card .. 2	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG Don't Know 77 No answer .. 88 Memory 1 Medical card .. 2	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG Don't Know 77 No answer .. 88 Memory 1 Medical card ..2	
7.18	Was the baby born before the expected delivery date? మీరు ప్రసవించవలసిన తేదీ కన్నా ముందే ప్రసవించారా ? How many weeks or days early? ఎన్ని రోజులు లేక వారాల ముందు ?	Yes 1 No 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks early <input type="text"/> <input type="text"/> Days early	Yes 1 No 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks early <input type="text"/> <input type="text"/> Days early	Yes 1 No 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks early <input type="text"/> <input type="text"/> Days early	
7.19	Where was this baby born? ఈ బిడ్డ ఎక్కడ పుట్టినది ?	Public clin 1 Private clin ... 2 Nurs Home .. 3 Matern Hom . 4 Public Hosp .. 5 MediCiti Hos. 6 Private Hosp.. 7 At home 8 Other 9 _____ 9 specify	Public clin 1 Private clin ... 2 Nurs Home .. 3 Matern Hom . 4 Public Hosp .. 5 MediCiti Hos. 6 Private Hosp.. 7 At home 8 Other 9 _____ 9 specify	Public clin 1 Private clin ... 2 Nurs Home .. 3 Matern Hom . 4 Public Hosp .. 5 MediCiti Hos. 6 Private Hosp.. 7 At home 8 Other 9 _____ 9 specify	
7.20	Did the baby appear normal and healthy? బిడ్డ మామూలుగా మరియు ఆరోగ్యంగా ఉండేనా ? [Prompt: Were there any physical birth defects] [IF NO, DESCRIBE]	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	

7.21	Did the baby have any serious illnesses at birth or within the first year of life? బిడ్డ పుట్టినప్పుడు లేక సంవత్సరం తిరిగే లోపల ఏమైనా తీవ్రంగా జబ్బు చేసినదా ?	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____ _____	
7.22	How is the child now? ప్రస్తుతం బిడ్డ ఎలా ఉన్నది ?	Alive 1 Dead 2	Alive 1 Dead 2	Alive 1 Dead 2	If alive → 7.15 If no more births → 7.39
7.23	If the child died, what was wrong with the baby before he/she died? బిడ్డ చనిపోయి ఉంటే చనిపోయే నాటికి ముందు బిడ్డకు ఏమి కష్టముండినది ?	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	
7.24	How old was the baby when he/she died? బిడ్డ చనిపోయినప్పుడు పాప/బాబు వయస్సెంత?	Days <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks <input type="text"/> <input type="text"/> Months <input type="text"/> <input type="text"/> Yr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Days <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks <input type="text"/> <input type="text"/> Months <input type="text"/> <input type="text"/> Yr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Days <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks <input type="text"/> <input type="text"/> Months <input type="text"/> <input type="text"/> Yr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

If baby was a single birth, go back to Question #7.15 in the 2nd column to ask about other pregnancies

OR

if this was the last pregnancy, skip to Question #7.39

For twin pregnancies, complete questions #7.25 – 7.38

7.25	Was the first twin a boy or girl? కవలలలో మొదటి బిడ్డ ఆడ లేక మగా ?	Boy 1 Girl 2	Boy 1 Girl 2	Boy 1 Girl 2	
7.26	What was the birth weight? పుట్టినప్పుడు బరువెంత ? Please indicate if this is the mother's memory of birth weight or ask if she has the child's medical card with birth weight written on it.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG Don't Know 77 No answer .. 88 Memory 1 Medical card .. 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG Don't Know 77 No answer .. 88 Memory 1 Medical card .. 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG Don't Know 77 No answer .. 88 Memory 1 Medical card .. 2	
7.27	Was the first twin born before the expected delivery date? కవలలలో మొదటి బిడ్డ ప్రసవించే తేదీ కన్నా ముందే పుట్టినదా ? How many weeks or days early?	Yes 1 No 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks early <input type="text"/> <input type="text"/> Days early	Yes 1 No 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks early <input type="text"/> <input type="text"/> Days early	Yes 1 No 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks early <input type="text"/> <input type="text"/> Days early	

7.28	Where was the first twin born? మొదటి బిడ్డ ఎక్కడ పుట్టినాడు ?	Public clin 1 Private clin ... 2 Nurs Home .. 3 Matern Hom . 4 Public Hosp .. 5 MediCiti Hos. 6 Private Hosp.. 7 At home 8 Other 9 _____	Public clin 1 Private clin ... 2 Nurs Home .. 3 Matern Hom . 4 Public Hosp .. 5 MediCiti Hos. 6 Private Hosp.. 7 At home 8 Other 9 _____	Public clin 1 Private clin ... 2 Nurs Home .. 3 Matern Hom . 4 Public Hosp .. 5 MediCiti Hos. 6 Private Hosp.. 7 At home 8 Other 9 _____	
		specify	specify	specify	
7.29	Did the first twin appear normal and healthy? మొదటి కవల బిడ్డ మామూలుగా మరియు ఆరోగ్యంగా ఉండేనా ? [Prompt: Were there any physical birth defects] [IF NO, DESCRIBE]	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	
7.30	Did the first twin have any serious illnesses at birth or within the first year of life? మొదటి బిడ్డ పుట్టినప్పుడు లేక సంవత్సరము తిరిగే లోపల ఏమైనా తీవ్రముగా జబ్బు చేసినదా ?	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	
7.31	How is the child now? ఇప్పుడు బిడ్డ ఎలా ఉన్నాడు ?	Alive 1 Dead 2	Alive 1 Dead 2	Alive 1 Dead 2	→7.34
7.32	If the child died, what was wrong with the baby before he/she died? ఒకవేళ బిడ్డ చనిపోయి ఉంటే చనిపోయే నాటికి ముందు బిడ్డకు ఏమి కష్టముండినది ?	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	
7.33	How old was the first twin when he/she died? మొదటి కవల బిడ్డ చనిపోయినప్పుడు పాప/బాబు వయస్సెంత ?	<input type="text"/> <input type="text"/> Months <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks <input type="text"/> <input type="text"/> Days	<input type="text"/> <input type="text"/> Months <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks <input type="text"/> <input type="text"/> Days	<input type="text"/> <input type="text"/> Months <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks <input type="text"/> <input type="text"/> Days	
7.34	Was the second twin a boy or girl? రెండవ కవల బిడ్డ ఆడ లేక మగా ?	Boy 1 Girl 2	Boy 1 Girl 2	Boy 1 Girl 2	
7.35	What was the birth weight? పుట్టినప్పుడు బరువెంత ? Please indicate if this is the mother's memory of birth weight or ask if she has the child's medical card with birth weight <u>written</u> on it.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG Don't Know 77 No answer .. 88 Memory 1 Medical card .. 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG Don't Know 77 No answer .. 88 Memory 1 Medical card .. 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG Don't Know 77 No answer .. 88 Memory 1 Medical card... 2	

7.36	Did the second twin appear normal and healthy? రెండవ కవల బిడ్డ మామూలుగా మరియు ఆరోగ్యంగా ఉండేనా ? [Prompt: Were there any physical birth defects] [IF NO, DESCRIBE]	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	
7.37	Did the second twin have any serious illnesses at birth or within the first year of life? రెండవ కవల బిడ్డ పుట్టినప్పుడు లేక సంవత్సరము తిరిగే లోపు ఏమైనా తీవ్రముగా జబ్బు చేసినదా ?	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	Yes 1 No 0 Describe: _____ _____	
7.38	How is the child now? ప్రస్తుతం బిడ్డ ఎలా ఉన్నది ?	Alive 1 Dead 2 If more births.....7.8 If no more.....7.39	Alive 1 Dead 2 If more births.....7.8 If no more.....7.39	Alive 1 Dead 2 If more births.....7.8 If no more.....7.39	

Go to next pregnancy in table (return to Question #7.8), or if no further pregnancies, go to following question (#7.39)

Summary – Complete based on answers to previous questions in the table.

7.39	Total Number of previous pregnancies ఇంతకు ముందు వచ్చిన మొత్తము గర్భముల సంఖ్య	Pregnancies	<input type="text"/> <input type="text"/>	
7.40	Total Number of previous live births ఇంతకు ముందు పుట్టి ఉన్న మొత్తము పిల్లల సంఖ్య	Live Births	<input type="text"/> <input type="text"/>	
7.41	IF PREVIOUS LIVE BIRTH, ASK: Are you currently nursing a baby? మీరు ప్రస్తుతం మీ బిడ్డకు మీ పాలు ఇస్తున్నారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88] 8.1	
7.42	How old is the baby you are nursing? మీరు మీ పాలిచ్చే బిడ్డ వయస్సుంత ?	Weeks		<input type="text"/> <input type="text"/>
7.43	How many times per day are you nursing the baby? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీరు బిడ్డకు మీ పాలు త్రాగిస్తున్నారు ?	Times per day	<input type="text"/> <input type="text"/>	

8. DEPRESSION

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you cannot take care of yourself or your family.

తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ మానసిక ఆరోగ్యం గూర్చి ఉంటాయి. ఈ 5 ప్రశ్నలతో మీరు మానసిక లక్షణాలు అనుభవించారా అని తెలుసుకుంటాం. ఈ ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే మీరు కృంగిపోయిన స్థితిలో ఉన్నారని కాదు మరియు ఈ లక్షణాలు సర్వ సాధారణంగా ఏదో సమయాల్లో ఉంటాయి. ప్రజలు వారి జీవితంలోని ఒత్తిడి, పనిలో ఒత్తిడి, లేక కుటుంబంలో సమస్యల వల్ల కృంగుదలకు గురికావచ్చును. జీవితంలో అన్ని సౌఖ్యంగా జరుగుతున్నప్పుడు కూడా ఏ కారణం లేకుండానే కృంగుదలకు గురికావచ్చును. విషాదాలు లేక ఎగుడుదిగుడ్లు ఏదో సమయాల్లో ఖచ్చితంగా సర్వ సాధారణము. మీరు ఏ లక్షణాలు అనుభవించారో, ఏ లక్షణాలు మీ జీవితాన్ని కలతపరిచాయో అనేది మేము తెలుసుకోవాలని ఇష్టపడుచున్నాము. ఉదా : ఒక కుటుంబంలో సభ్యుడు చనిపోతే బాధపడడం అనేది సహజం కానీ మీరు అటువంటి బాధను మీ కుటుంబంలో ఎవరూ చనిపోకుండానే అనుభవిస్తున్నారా లేక అటువంటి బాధకు గురి అయి కనీసం మీ గురించి మరియు మీ కుటుంబం గురించి శ్రద్ధ తీసుకోలేకపోతున్నారా అనేది మేము తెలుసుకోవాలను కుంటున్నాము.

<p>8.1</p>	<p>Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? మీరు కృంగిపోవడం అనే భావన లేక నిరాశ భావాలు కలిగి యున్నారా ?</p> <p><i>(Probe: have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis?)</i></p> <p>ప్రేరేపించు : మాకు పరిస్థితులు ఎప్పుడూ బాగుపడవు. నేను సంతోషంగా ఉండను, ప్రతీది తప్పు జరుగుతుంది అనే ఆలోచనలు మిమ్మల్ని ఎక్కువగా బాధపెట్టి రోజువారీ పనులు చేసుకోవడం కష్టంగా ఉంటుందా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88</p>	
<p>8.2</p>	<p>Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? మీరు సంతోషించు సమయాన తక్కువ ఆనందం పొందానని అనిపించిందా ?</p> <p><i>(probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?)</i></p> <p>మీరు ఇష్టముతో చేయు పనులు అనగా, టి.వి. చూడడం, స్నేహితులతో గడపడం మీకు సంతోషాన్ని ఇవ్వడం లేదా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88</p>	

8.3	<p>Have you lost weight without any specific attempt to lose weight? మీరు ఏమి ప్రయత్నం చేయకుండానే బరువు తగ్గారా ?</p> <p><i>(Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?)</i></p> <p>మీ బట్టలు మీకు వదులుగా ఉన్నాయా లేక ఎవరైనా మీరు ముందుకన్నా సన్నగా కనబడుతున్నారని చెప్పారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88</p>	
8.4	<p>Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా గానీ, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరికంటే ముందే నిద్ర లేవడం వంటివి వున్నాయా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88</p>	
8.5	<p>Do you have suicidal ruminations? మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలనే ఆలోచనలు కలుగుతున్నాయా ?</p> <p><i>(Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life)</i></p> <p>మీ జీవితాన్ని అంతం చేసుకోవాలని ఎప్పుడైనా అనిపించిందా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88</p>	

9. PREGNANCY PRACTICES

9.1	<p>Have you stopped working, or changed your work schedule in any way related to your pregnancy? మీరు గర్భవతిగా ఉండడం వలన బయట మరియు ఇంట్లో పని చేయడం మానివేసారా లేక పని పద్ధతులు మార్చుకున్నారా ?</p> <p>[Prompt: “Work” may mean housework and chores.]</p>	<p>Yes.....1 No.....0 → 9.3</p>	
9.2	<p>How have you changed your work or work schedule since you learned you were pregnant? మీరు గర్భవతి అని తెలిసినప్పటి నుండి మీరు మీ పనిని లేక పని పద్ధతులను ఎలా మార్చుకున్నారు ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>specify</p>	
9.3	<p>Do you eat any specific kinds of food to eat especially because you are pregnant? గర్భవతిగా ఉండడం వలన మీరు ఏమైనా ప్రత్యేకమైన ఆహారం తీసుకుంటారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know......77</p>	9.5

9.4	<p>What kind of specific foods you eat especially because you are pregnant?</p> <p>మీరు గర్భవతి అయినందున ఏ రకమైన ప్రత్యేకమైన ఆహారం తీసుకుంటారు ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>specify</p>	
9.5	<p>Is there a particular food specified by your family members /community / elders/well-wishers advised you to eat during pregnancy?</p> <p>గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు మీ కుటుంబ సభ్యులు/ కులపెద్దలు/శ్రేయోభిలాషులు, ఏమైనా ప్రత్యేకమైన ఆహారమును తీసుకోమని సలహా ఇచ్చినారా ?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0 → 9.7</p>	
9.6	<p>What has your family members/ community /elders/well-wishers are advised you to eat during pregnancy?</p> <p>మీరు గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు మీ కుటుంబ సభ్యులు/ కులపెద్దలు/శ్రేయోభిలాషులు, ఏ రకమైన ప్రత్యేకమైన ఆహారం తీసుకోమని సలహా ఇచ్చారు ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>specify</p>	
9.7	<p>Has your family members / community/elders/well-wishers advised you to abstain from eating certain foods because of your pregnancy?</p> <p>మీరు గర్భవతి అని కొన్ని పదార్థములు తినకూడదని మీ కుటుంబ సభ్యులు/కులపెద్దలు/ శ్రేయోభిలాషులు సలహా ఇచ్చినారా ?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0 → 9.9</p>	
9.8	<p>What has your family members/ community /elders/well-wishers advised you to abstain from eating?</p> <p>ఏ పదార్థములు తినకూడదని మీ కుటుంబ సభ్యులు/ కులపెద్దలు/శ్రేయోభిలాషులు, మీకు సలహా ఇచ్చారు ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>specify</p>	
9.9	<p>Have you eaten any particular food to help with nausea during the pregnancy?</p> <p>మీరు గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు తలతిరగడం లాంటివి రాకుండా ఉండడానికి ఏమైనా ప్రత్యేకమైన ఆహారమును తీసుకున్నారా ?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0 → 10.1</p>	
9.10	<p>Please describe the food you ate to help with nausea during pregnancy.</p> <p>గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు తల తిరగడం లాంటివి జరగకుండా ఉండడానికి మీరు ఏ ఆహారమును తీసుకున్నారో వివరించండి.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>specify</p>	

10. CIGARETTE / BIDI, CAFFEINE EXPOSURE

Exposure to smoking from others (passive smoking)

10.1	Since you have been pregnant, have you been exposed to tobacco smoke (like cigarette, bidi, hookah etc.) because of smoking by others? మీరు గర్భవతిగా ఉన్నప్పుటి నుండి ఇతరులు పొగత్రాగడం వలన మీరు పొగాకు పొగ (అనగా సిగరెట్టు, బీడీ, హుక్కా, మొదలైనవి) పొగకి గురి అయ్యారా ?	Yes1 No.....0 → 10.6	
10.2	About how many hours per day are you exposed to this smoke because of smoking by others? మీ ఇంటిలో ఉన్న ఇతరులు పొగత్రాగడం వలన రోజుకి ఎన్ని గంటలు మీరు సిగరెట్టు/బీడీ పొగకి గురి అవుతున్నారు ?	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours per day	
10.3	Which of the others in your house smoke tobacco? మీ ఇంటిలో ఉన్న వారిలో ఎవరు పొగాకు త్రాగుతారు ?	Husband.....A Father-in-law.....B Mother-in-law.....C Other person _____ D (specify)	
10.4	Prior to your pregnancy, did your husband smoke tobacco-related products (like cigarette, bidi, hookah etc.)? మీరు గర్భవతి కాక ముందు మీ భర్త పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు (అనగా సిగరెట్టు, బీడీ, హుక్కా, మొదలైనవి) త్రాగేవారా ?	Yes1 No.....0 → 10.6	
10.5	Does your husband currently smoke tobacco related products ? ప్రస్తుతం మీ భర్త పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు త్రాగుతున్నారా ?	Yes1 No.....0	
10.6	Do you chew anything on a regular basis (e.g. pan masala, betel leaves, betel nuts, tobacco) మీరు క్రమముగా వక్క, పాన్ మసాలా, తమల పాకులు, తంబాకు లాంటివి ఏమైనా నములుతారా ?	Yes.....1 No.....0 Did not answer.....88 → 10.9	
10.7	What do you chew? మీరు ఏమి నములుతారు?	Pan masala.....A Betel leaves..... B Betel nuts.....C Tobacco.....D Other _____ E (specify)	
10.8	How often do you chew? మీరు ఎంత తరచుగా నములుతారు ?	More than once a day.....1 Once a day.....2 Every few days.....3 Once per week.....4 Occasionally.....5	
10.9	How many cups of chai /coffee do you drink per day? మీరు రోజుకి ఎన్ని కప్పుల 'టీ'/'కాఫీ' త్రాగుతారు?	Chai <input type="text"/> <input type="text"/> Cups per day Coffee <input type="text"/> <input type="text"/> Cups per day	END



SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2009
Life Pilot Study 3rd Trimester Visit Questionnaire

IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____
Family Code : _____ Contact Tel: _____
Husband's Name : _____ Study ID: _____
Wife's Name : _____ Study ID: _____

Date of Interview : / /
DAY MONTH YEAR

Record the Time :
Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

Field Editing	Office Editing
Name : _____	Name : _____
Date : _____	Date : _____

Introduction: Thank you for agreeing to respond to the questions in this questionnaire. The questions cover the following topics: your current health, your pregnancy history, your exposure to cigarettes and your mental health. We are asking each of these questions because we believe they may play a role in determining your health and may have an influence on how big and healthy your babies are when they are born. We hope that if we can find out why so many babies are so little, that we may be able to do something in the future to make sure that they are big enough when they are born.

None of this information will be shared with anyone outside of the project. We will keep your information confidential and anonymous. If you feel uncomfortable or do not want to answer any question, please say this and I (the interviewer) will then move to the next question. If you have doubts about why we are asking certain questions, please ask and I will explain the reason for the question. None of the questions are meant to offend, imply anything, or make judgements about you or your family.

పరిచయం : ఈ ప్రశ్నాపత్రములో ప్రశ్నలకు సమాధానము ఇవ్వడానికి అంగీకరించినందుకు మీకు మా వందనాలు. ఈ ప్రశ్నాపత్రము ద్వారా ఈ క్రింది విషయాలను గూర్చి మిమ్ములను ప్రశ్నిస్తాము: మీ ప్రస్తుత ఆరోగ్యము, మీ గర్భారోగ్య చరిత్ర, పొగత్రాగుటలాంటి అలవాట్లు మరియు మీ మానసిక ఆరోగ్యము మొదలైన వాటి గురించి కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాము. ఎందుకంటే మేము అడిగే ప్రతి విషయము మీ ఆరోగ్యాన్ని నిర్ధారించుటలో పాత్ర వహిస్తుందని మరియు పుట్టిన పిల్లల పరిమాణము పై ప్రభావము చూపుతుందని నమ్ముచున్నాము. శిశువులు తక్కువ పరిమాణంలో పుట్టడానికి గల కారణాన్ని కనుక్కోగలిగితే భవిష్యత్తులో శిశువుల పరిమాణాన్ని సరి చేసేందుకు అవకాశాలుంటాయని మేము భావిస్తున్నాము.

ఈ సమాచారము ప్రాజెక్టు బయట ఎవరితోను పంచుకోము. ఈ సమాచారమును చాలా రహస్యంగా ఉంచుతాము మరియు మీ పేరు ఎక్కడ చూపము. ఒకవేళ మీకు ఇబ్బందికరంగా ఉంటే ఏదైనా ప్రశ్నకు సమాధానము ఇవ్వడం ఇష్టం లేకపోతే దయచేసి నాకు(ఇంటర్వ్యూ చేయు వారికి) తెలపండి, ఆ ప్రశ్నను వదిలి తర్వాత ప్రశ్న అడుగుతాము. ఒకవేళ మీకు ఈ ప్రశ్నలు ఎందుకు అడుగుచున్నారనే అనుమానం కలిగినట్లయితే దయచేసి నన్ను అడగండి, నేను దానికి గల కారణాలను వివరిస్తాను. ఏ ప్రశ్నకూడ మిమ్మల్ని లేక మీ కుటుంబాన్ని కించపరచడానికి లేక మీ స్థితిగతులపై తీర్పు చెప్పడం కొరకు కాదు.

1. Background

<p>1.1</p>	<p>How many months pregnant are you? మీరు ఎన్ని నెలల గర్భిణిగా ఉన్నారు?</p> <p>If No (0), 77, 88, END this questionnaire and administer the Pre-Term End of Pregnancy Questionnaire (even if the pregnancy resulted in a live birth)</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>END</p>
<p>1.2</p>	<p>Are you currently staying at a different home, for instance your parents' home? ప్రస్తుతం మీరు వేరే ఇంట్లో నివసిస్తున్నారా? ఉదా: మీ తల్లిగారింట్లో</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>1.4</p>
<p>1.3</p>	<p>Do you plan to move to a different home, for instance your parents' home, during your pregnancy? మీరు ఈ గర్భంతో ఉన్నప్పుడు వేరే ఇంటికి వెళ్ళాలని, ఉదా: మీ తల్లిగారి ఇంటికి వెళ్ళాలని ఏమైనా అనుకుంటున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>2.1</p>
<p>1.4</p>	<p>How long do you intend to stay at this home? ఈ ఇంట్లో మీరు ఎంతకాలం ఉండాలనుకుంటున్నారు?</p>	<p>How many months total <input type="text"/> <input type="text"/> OR Until how many months after delivery <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know.....77</p>	
<p>1.5</p>	<p>Can you describe where the other home is located? (address, landmarks) మీరు వెళ్ళే ఇంటి చిరునామా ఇవ్వగలరా?</p>	<p>[_____ _____ _____] ENTER COMPLETE ADDRESS, ANY OTHER LOCATION/LANDMARK INFORMATION</p>	
<p>1.6</p>	<p>Can we contact you by telephone at the place you are moving? మీరు వెళ్తున్న ప్రదేశంలో మేము ఫోన్ ద్వారా మిమ్మల్ని సంప్రదించవచ్చా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>2.1</p>
<p>1.7</p>	<p>What is the telephone number? మీ యొక్క టెలిఫోన్ నంబర్ ఏమిటి?</p>	<p> _____ Enter Telephone Number Don't know.....77</p>	
<p>1.8</p>	<p>Whose telephone is it? ఈ టెలిఫోన్ ఎవరిది?</p>	<p>Parents 1 Grandparents 2 Sibling 3 Other family member _____ 4 specify Friends 5 Someone else _____ 6 specify</p>	

2. HEALTH ఆరోగ్యము

Next, I have some general questions about your health and your health history

2.1	<p>Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు? చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా?</p>	<p>Very good 1 Good 2 Average..... 3 Poor..... 4</p>	
2.2	<p>Have you been experiencing nausea and/or vomiting? మీకు ఎప్పుడైనా తల తిరగడం లేక వాంతులు అవ్వడం జరిగినదా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	3.1
2.3	<p>For how many weeks during this pregnancy did you experience nausea/vomiting? మీరు ఈ గర్భంతో ఉన్నప్పుడు ఎన్ని వారాలు మీకు తల తిరగడం లేక వాంతులు అవ్వడం జరిగింది?</p>	<p>Weeks <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
2.4	<p>How many days each week do you experience nausea/vomiting? వారంలో ఎన్ని రోజులు మీకు తల తిరగడం లేక వాంతులు అవ్వడం జరిగింది?</p>	<p>Days <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
2.5	<p>What time of day do you experience nausea/vomiting occur? మీకు దినంలో ఏ సమయంలో తల తిరగడం/వాంతులు అవ్వడం జరుగుతుంది?</p>	<p>Morning A Afternoon B Evening C All times of day D</p>	
2.6	<p>Did you receive medical treatment when you were experiencing any of these symptoms? ఈ లక్షణాలు అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీరేమైన వైద్యం తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	3.1
2.7	<p>Where did you go for treatment of these symptoms? ఈ లక్షణాల కొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A Private Clinic or Doctor's Office B Registered Medical Practitioner (RMP)/ HomeopathC MediCiti Hospital.....D Private Nursing Home or Private Hospital – other than MediCiti E Traditional HealerF Some Other Place _____ G Specif Don't know/unknown 77 Did not answer question 88</p>	

3. PREGNANCY PRACTICES

3.1	<p>Have you stopped working, or changed your work schedule in any way related to your pregnancy? మీరు గర్భవతిగా ఉండడం వలన బయట మరియు ఇంట్లో పని చేయడం మానివేసారా లేక పని పద్ధతులు మార్చుకున్నారా? [Prompt: "Work" may mean housework and chores.]</p>	<p>Yes.....1 No.....0 → 3.3</p>	
3.2	<p>How have you changed your work or work schedule since you learned you were pregnant? మీరు గర్భవతి అని తెలిసినప్పటి నుండి మీరు మీ పనిని లేక పని పద్ధతులను ఎలా మార్చుకున్నారు?</p>	<p>_____ _____ specify</p>	
3.3	<p>Do you eat any specific kinds of food especially because you are pregnant? గర్భవతిగా ఉండడం వలన మీరు ప్రత్యేకమైన ఆహారము తీసుకుంటున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 } 3.5</p>	
3.4	<p>What kind of specific food you eat especially because you are pregnant? మీరు గర్భవతి అయినందున ఏ రకమైన ఆహారము తీసుకుంటున్నారు?</p>	<p>_____ _____ specify</p>	
3.5	<p>Is there a particular food recommended by your family members/community/elders/well-wishers to eat during your pregnancy? గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు మీ కుటుంబ సభ్యులు/కుల పెద్దలు/ శ్రేయోభిలాషులు, ఏమైనా ప్రత్యేకమైన ఆహారము తీసుకోమని సలహా ఇచ్చారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 → 3.7</p>	
3.6	<p>What is the food you are advised to eat during pregnancy? మీరు గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు ఎలాంటి ఆహారము తినమని సలహా ఇచ్చారు?</p>	<p>_____ specify</p>	
3.7	<p>Have you eaten any particular food to help with nausea during the pregnancy? గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు తల తిరగడం లాంటివి జరగకుండా ఉండడానికి మీరు ఏమైనా ప్రత్యేకమైన ఆహారము తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 → 3.9</p>	
3.8	<p>Please describe the food you ate to help with nausea during pregnancy. గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు తల తిరగడం లాంటివి జరగకుండా ఉండడానికి మీరు ఏ రకమైన ఆహారము తీసుకున్నారో వివరించండి</p>	<p>_____ _____ _____ specify</p>	

3.9	During this pregnancy, have you taken any medicine, herb or indigenous/traditional medications for nausea? ఈ గర్భముతో ఉన్నప్పుడు మీరు ఏదైనా మందులు, చెట్ల మందు/సాంప్రదాయ మందు తీసుకున్నారా?	Yes.....1 No.....0	→ 3.11
3.10	What medicine, herb or traditional medicine did you take for nausea? తల తిరగడం/వాంతుల కొరకు ఏ మందులు, చెట్ల మందు/సాంప్రదాయ మందు తీసుకున్నారు?	_____ specify	
3.11	If you see vaginal bleeding, or have some other problem during pregnancy, who would be most likely to handle the problem? గర్భవతి గా ఉన్నప్పుడు యెని లో రక్తస్రావము లేక ఇతర సమస్యలు వచ్చినప్పుడు ఎవరు ఈ సమస్యను తీరుస్తారు?	My mother A My mother-in-law B My husband C I would handle the problem D Other person _____ E Specify	
3.12	What you will do if you see vaginal bleeding during pregnancy? గర్భవతి గా ఉన్నప్పుడు యెని లో రక్తస్రావము కలిగితే ఏం చేస్తారు?	Go to a hospital or clinic where you are receiving antenatal care A Go to a hospital or clinic where you have not received antenatal care B Consult with Community Health Volunteer or ANM C Call on a 'mantrasani' D Home remedy, such as applying turmeric to arrest the bleeding E Other (describe): _____ F	

4. CURRENT HEALTH STATUS ప్రస్తుత ఆరోగ్య పరిస్థితి

4.1	Have you had any of the following during the past 30 Days? గడచిన 30 రోజుల్లో ఈ క్రింది వాటిలో దేనితోనైనా బాధపడ్డారా? a. Diarrhea విరేచనాలు b. Blood in stools మలంలో రక్తం c. Respiratory infections(cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలయినవి) d. Throat infections (sore throat) గొంతు వ్యాధులు (పొడి దగ్గు) e. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధ వ్యాధి [prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination] f. Fever జ్వరం g. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, క్రుంగిపోవుట, భావోద్వేగ సమస్యలు	YES	NO	NO. OF DAYS ILL	
		1	0	<input type="checkbox"/>	
		1	0	<input type="checkbox"/>	
		1	0	<input type="checkbox"/>	
		1	0	<input type="checkbox"/>	
		1	0	<input type="checkbox"/>	
		1	0	<input type="checkbox"/>	
		1	0	<input type="checkbox"/>	
		If all ' NO ', skip to 4.4			

4.2	<p>Did you receive medical treatment when you were experiencing any of these symptoms?</p> <p>మీరు ఈ లక్షణాలన్నింటినీ అనుభవించేటప్పుడు మీరేమైనా వైద్యం తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes..... 1 No..... 0 Don't know.....77 Did not answer..... 88</p>	4.4
4.3	<p>Where did you go for treatment of these symptoms?</p> <p>ఈ లక్షణాల కొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A Private Clinic or Doctor's Office B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath C MediCiti Hospital D Private Nursing Home or Private Hospital - other than MediCiti E Traditional Healer F Some Other Place _____ G Specify Don't know/unknown 77 Did not answer question 88</p>	
4.4	<p>In the past 30 days, did you take any antibiotic or medication or pills or injection for any infection?</p> <p>గడచిన మాసంలో మీరు ఏదేని ఇన్ఫెక్షన్ కొరకు యాంటిబయాటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	4.6
4.5	<p><i>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics</i></p> <p>ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి యాంటిబయాటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.</p>	<p>Days Taken <input type="text"/> <input type="text"/> Medications (specify) 1 _____ <input type="text"/> <input type="text"/> 2 _____ <input type="text"/> <input type="text"/> 3 _____ <input type="text"/> <input type="text"/> 4 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
4.6	<p>In the past 30 days, were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury?</p> <p>గడచిన మాసంలో అనారోగ్యం/ గాయం వల్ల మీరు రోజూ చేయు పనులు చేయలేకపోతున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0</p>	5.1
4.7	<p>How many days were you unable to do your regular duties because of injury/ illness?</p> <p>ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం/ గాయం వల్ల మీరు రోజూ చేయు పనులు చేయలేక పోయారు?</p>	<p>Injury <input type="text"/> <input type="text"/> Days Illness <input type="text"/> <input type="text"/> Days</p>	

5.1	<p>In this question, I am asking about vitamin deficiencies. When someone is missing certain vitamins in their diets there are three things they might experience: (a)very sore and swollen tongue, (b)cracks and soreness at the corners of the mouth, (c)night blindness. These symptoms of vitamin deficiency would last a long time, difficult to treat, and would probably get worse over time before getting better. ఈ ప్రశ్నలో నేను విటమిన్ లోపాలను గురించి అడుగుతాను. కొంతమందికి ఆహారంలో విటమిన్లు లోపించినట్లయితే వారికి నాలుకపై పుండ్లు, పొక్కులు, నోటి చివర పగుళ్ళు రేచీకటి లాంటి లక్షణాలు కలుగవచ్చును. ఈ లక్షణాలు విటమిన్ లోపమునకు కారణము, ఇవి చాలా కాలం ఉంటాయి మరియు చికిత్స చేయుటకు చాలా కష్టము.</p>														
	<p>Since you became pregnant, have you had sore tongue, cracks at the corners of the mouth, night blindness that lasted more than a week and got worse over time? మీరు గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు మీరు వారం కంటే ఎక్కువ కాలం ఎప్పుడైనా నాలుక పుండ్లు, పొక్కులు లేక రేచీకటి లక్షణాలను అనుభవించారా? a. Sore tongue నాలుక పై పుండ్లు b. Cracks at the corners of the mouth నోటి చివరిలో పగుళ్ళు మరియు పొక్కులు c. Night blindness రేచీకటి</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>MEDICATION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>[_____]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>[_____]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>[_____]</td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	MEDICATION	1	0	[_____]	1	0	[_____]	1	0	[_____]	
YES	NO	MEDICATION													
1	0	[_____]													
1	0	[_____]													
1	0	[_____]													
5.2	<p>Are you currently experiencing lower abdominal pain and at least one of the following other symptoms: fever, vaginal bleeding, abnormal vaginal discharge, and/or pain during urination? మీరు పొత్తి కడుపులో నొప్పి మరియు ఈ క్రింది వాటిలో కనీసం ఏ ఒక్కటైన ప్రస్తుతం అనుభవిస్తున్నారా లక్షణాలు: జ్వరం, యోని ప్రావం, అసాధారణమైన యోని ప్రావం మరియు మూత్రం వెళ్ళినపుడు నొప్పి?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	6.1												
5.3	<p>Did you receive medical treatment when you were experiencing all of these symptoms? ఈ లక్షణాలన్నింటిని అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీరేమైన వైద్యం తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	6.1												
5.4	<p>Where did you go for treatment of these symptoms? ఈ లక్షణాల కొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A Private Clinic or Doctor's Office B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath C MediCiti Hospital..... D Private Nursing Home or Private Hospital – other than MediCiti E Traditional Healer F Some Other Place G (Specify) Don't know/unknown 77 Did not answer question 88</p>													

5.5	<p>What kind of medical treatment did you have to treat these symptoms?</p> <p>ఈ లక్షణాల చికిత్సకై మీరు ఏవిధమైన వైద్యం తీసుకున్నారు?</p>	<p>Did not get any treatment..... A Received pills.....B Received injection.....C Received intravenous medicine in the hospital (inpatient).....D Other..... E (SPECIFY): _____ Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88</p>	
-----	--	--	--

6. ANTENATAL CARE గర్భ సంరక్షణ

I would like to ask you some questions about your current pregnancy.

6.1	<p>Have you had any vaginal bleeding since your last menstrual period? ఈ గర్భము దాల్చినప్పటి నుండి మీకు రక్తస్రావం ఏమైన జరిగినదా? {PROMPT: Make the distinction between spotting or bleeding other than a menstrual period}</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	6.3
6.2	<p>How many pads/cloths did you use for the bleeding at its heaviest? మీకు రక్తస్రావం (ఎర్రబట్ట) ఎక్కువగా అయినపుడు మీరు రోజుకి ఎన్ని ప్యాడ్ లు/బట్టలు వాడారు?</p>	<p>Spotting 1 1-2 pads per day..... 2 3-4 pads per day3 >4 pads per day 4 1-2 cloths per day 5 3-4 cloths per day 6 >4 cloths per day 7 Don't know.....77 Did not answer..... 88</p>	

Investigator Reads to Participant: Ante-Natal Care, or ANC visits are visits with a trained health care professional aimed at preparation of the pregnant woman for birth and management of complications, if any, during her pregnancy. Some goals of ANC visits are health and nutrition promotion and detection of high risk pregnancy.

ఇంటర్వ్యూ చేసేవారు పాత్రదారికి చదివి వినిపించాలి: తర్ఫీదైన ఆరోగ్య కార్యకర్తచే జరుపడిన ఎ.ఎన్.సి లేక ఎ.ఎన్.సి విజిట్స్/చెక్ప్ యొక్క ఉద్దేశ్యమేమనగా స్త్రీ గర్భవతిగా ఉన్నపుడు ఒక వేళ ఏమైనా జబ్బు చేసినచో తనని తాను ఎలా రక్షించుకోవాలి. మరియు కాన్పుకి ఎలా సిద్ధముగా ఉండాలి అని తెలియచేయడం. మరికొన్ని ఎ.ఎన్.సి విజిట్స్ హైరిస్క్ బిడ్డ పుట్టుకుండా ఉండేందుకు ఆరోగ్య మరియు ఆహార ప్రాధాన్యతలను పరిశీలించబడును.

6.3	<p>During this pregnancy, have you had ANC visits with a health care professional? ఇప్పుడున్న గర్భమునకు, మీరు ఎ.ఎన్.సి. విజిట్స్ ఆరోగ్య కార్యకర్త ద్వారా చేయించుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No..... 0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	6.12
6.4	<p>When did you have your first ANC visit/checkup for this pregnancy? ఇప్పుడున్న గర్భమునకు, మీరు మొదటి ఎ.ఎన్.సి. విజిట్/చెక్ప్ గాని ఎప్పుడు చేయించుకున్నారు? [Prompt: If this interview is being conducted during their first visit, at MediCiti, put today's date]</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year Don't Know.....77 Don't Know Day.....78 Don't Know Month.....79</p>	

6.5	<p>Where have you had ANC visits? మీరు ఎ.ఎన్.సి. చెకప్లు ఎక్కడ చేయించుకున్నారు?</p> <p>[Prompt: Please list all health care facilities where participant has had ANC visits]</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) ... A MediCiti Hospital ... B Private Health Facility (Clinic, Doctor's Office, Nursing Home or Hospital) ... C DAI (Traditional Birth Attendant) ... D Government Trained Birth Attendant ...E Some Other Place _____ F</p> <p>Specify Specify place and location of most recent ANC visit _____ Don't know/unknown 77 Did not answer question 88</p>	
6.6	<p>Who chose this health provider for your ANC? ఈ ఆరోగ్య కార్యకర్తను మీ ఎ.ఎన్.సి. కొరకు ఎవరు ఎన్నిక చేశారు?</p>	<p>I did (participant) A Mother-in-law / Father-in-law..... B Mother / Father C Husband D Health Functionary E Someone else _____ F</p> <p>specify Don't know/unknown 77 Did not answer question 88</p>	
6.7	<p>Why was this health facility chosen? ఈ ఆరోగ్య కేంద్రమునే ఎందుకు ఎంచుకున్నారు?</p> <p>[Prompt: If the woman did not choose the health facility and does not know why it was chosen, mark Don't know, 77]</p>	<p>Proximity/closeness to house A I/my family have received care there beforeB Recommended by friend or family memberC Quality of care is goodD Services are more affordable than other places.E It is the only place near enoughF Care is free because of LIFE StudyG Other reason _____ H</p> <p>specify Don't know/unknown77 Did not answer question88</p>	
6.8	<p>How many ANC visits, during the current pregnancy, have you had including today? మీరు ప్రస్తుతం గర్భవతిగా ఉన్నందున ఈ రోజుతో కలిపి ఎన్ని ఎ.ఎన్.సి. చెకప్ లు చేయించుకున్నారు?</p>	<p>No. of visits <input type="text"/></p>	
6.9	<p>Has your health care provider given you an expected date of delivery for this pregnancy? మీ ఆరోగ్య సంరక్షణ చేసే డాక్టర్ మీరు ప్రసవించే తేదీ చెప్పినారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	6.18

6.18	<p>[Prompt: If the participant has not yet seen a health care provider, skip to Question #6.1.] During your current pregnancy have you been told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions? ప్రస్తుతం ఈ గర్భం దాల్చిన తరువాత మీకు డాక్టర్ లేక ఆరోగ్య కార్యకర్త సంరక్షకులు ఈ క్రింది వాటిలో ఏమైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా?</p>																																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>c. Swelling of your feet పాదాల వాపు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>d. Swelling of your face ముఖం వాపు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>e. Contractions of your uterus గర్భకోశంలో కాంట్రాక్షన్స్ రావడం</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>f. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>g. Anemia రక్త హీనత</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>h. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>i. A vaginal discharge యోని ప్రావము</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>j. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>k. Jaundice పసికర్లు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>l. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>m. Goiter గొంతులో కణితి</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>n. Any other pregnancy related condition ఇంకా ఏదైనా గర్భధారణకి సంబంధించిన బాధ</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td colspan="4">_____ specify</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	DON'T KNOW	a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి	1	0	77	b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు	1	0	77	c. Swelling of your feet పాదాల వాపు	1	0	77	d. Swelling of your face ముఖం వాపు	1	0	77	e. Contractions of your uterus గర్భకోశంలో కాంట్రాక్షన్స్ రావడం	1	0	77	f. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి	1	0	77	g. Anemia రక్త హీనత	1	0	77	h. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు	1	0	77	i. A vaginal discharge యోని ప్రావము	1	0	77	j. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు	1	0	77	k. Jaundice పసికర్లు	1	0	77	l. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట	1	0	77	m. Goiter గొంతులో కణితి	1	0	77	n. Any other pregnancy related condition ఇంకా ఏదైనా గర్భధారణకి సంబంధించిన బాధ	1	0	77	_____ specify			
	YES	NO	DON'T KNOW																																																														
a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి	1	0	77																																																														
b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు	1	0	77																																																														
c. Swelling of your feet పాదాల వాపు	1	0	77																																																														
d. Swelling of your face ముఖం వాపు	1	0	77																																																														
e. Contractions of your uterus గర్భకోశంలో కాంట్రాక్షన్స్ రావడం	1	0	77																																																														
f. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి	1	0	77																																																														
g. Anemia రక్త హీనత	1	0	77																																																														
h. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు	1	0	77																																																														
i. A vaginal discharge యోని ప్రావము	1	0	77																																																														
j. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు	1	0	77																																																														
k. Jaundice పసికర్లు	1	0	77																																																														
l. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట	1	0	77																																																														
m. Goiter గొంతులో కణితి	1	0	77																																																														
n. Any other pregnancy related condition ఇంకా ఏదైనా గర్భధారణకి సంబంధించిన బాధ	1	0	77																																																														
_____ specify																																																																	

7. Vitamins			
7.1	<p>Since you first suspected that you were pregnant, have you taken any multi vitamins or prenatal vitamins? మీరు గర్భవతి అని తెలిసినప్పటి నుండి మీరు ఏమైనా విటమిన్ బిళ్ళు తీసుకున్నారా? (PROMPT: with names of local multi-vitamins or prenatal vitamins)</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>8.1</p>

7.2	<p>Did you receive vitamins/tablets at your first ANC visit? మీరు మీ మొదటి ఎ.ఎన్.సి. చెక్ అప్పుడు విటమిన్లు/ బిళ్ళలు స్వీకరించారా?</p> <p>[PROMPT: Ask to look at any tablets received at first ANC visit. Assume that any tablets not for a specific illness or infection are vitamins]</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Has not completed first ANC2 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
7.3	<p>Did you receive Iron-Folic-Acid (IFA) tablets from the Primary Health Center? మీరు ఆరోగ్య కేంద్రము నుండి ఐరన్ ఫోలిక్ యాసిడ్ బిళ్ళలు స్వీకరించారా?</p> <p>[Prompt: Show blister pack with IFA tablets as an example]</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
7.4	<p>What are the vitamins you are taking? మీరు ఏయే విటమిన్ బిళ్ళలు తీసుకుంటున్నారు?</p> <p>[PROMPT: Ask to see bottle and record the name of the vitamins.]</p>	<p>Vitamin C A Vitamin A B Vitamin B12 C Calcium D Vitamin D E Vitamin E F Folic Acid G IFA Tablets H Other _____ I Specify Don't know..... 77</p>	
7.5	<p>When did you start taking the vitamins/tablets? మీరు విటమిన్ బిళ్ళలు వేసుకోవడం ఎప్పుటి నుండి మొదలు పెట్టారు?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month Year OR Month of Pregnancy <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77</p>	
7.6	<p>When you first got them, how often did you take the vitamins/tablets? మీరు విటమిన్ బిళ్ళలు ఎప్పుడు తెచ్చుకున్నారు, ఎంత తరచుగా వేసుకున్నారు?</p>	<p>1 tablet each day1 2 tablets each day2 3 or more tablets each day 3 1-3 tablets each week 4 4-6 tablets each week5 Only a few days a month..... 6 Other _____ 7 Describe Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
7.7	<p>Since then (prompt: date given above), did you change how often you were taking the vitamins/tablets? మీరు విటమిన్లు తీసుకోవడం మొదలు పెట్టినప్పటి నుండి ఎంత తరచుగా మీ క్రమమును మార్చి వేసారు?</p>	<p>No change 1 → 7.10 Stopped for >1 week 2 Took more vitamins 3 Took fewer vitamins 4 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>7.10</p>

7.8	Did you stop because you were experiencing nausea or vomiting? మీకు కడుపులో తిప్పడం లేక వాంతి కలగడం వలన ఆపు చేసారా?	Yes.....1 No0 Don't Know.....77 Did not answer.....88	→ 7.10
7.7	Why did you stop taking the vitamins? మీరు విటమిన్ బిళ్ళలు వేసుకోవడం ఎందుకు మాని వేసారు?	Describe: _____	
7.10	In the last seven days, how many days did you take a prenatal or multi vitamin? గడచిన వారములో ఎన్ని రోజులు మీరు విటమిన్ బిళ్ళలు తీసుకున్నారు?	Every day 1 6 days 2 5 days 3 4 days 4 3 days 5 2 days 6 1 day 7 No days 8	

8. DEPRESSION అదైర్యం/ కృంగుదల

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you cannot take care of yourself or your family.

తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ మానసిక ఆరోగ్యం గూర్చి ఉంటాయి. ఈ 5 ప్రశ్నలతో మీరు మానసిక లక్షణాలు ఏమైనా అనుభవించారా అని తెలుసుకుంటాం. ఈ ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే మీరు కృంగిపోయిన స్థితిలో ఉన్నారని కాదు, కాని ఈ లక్షణాలు సర్వ సాధారణం ఏదో ఒక సమయాల్లో ఉంటాయి. ప్రజలు వారి జీవితంలోని ఒత్తిడి, పనిలో ఒత్తిడి లేక కుటుంబంలో సమస్యల వల్ల కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. జీవితంలో అన్ని సౌఖ్యంగా జరుగుతున్నప్పుడు కూడా ఏ కారణం లేకుండానే కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. విషాదాలు లేక ఎగుడు దిగుడు ఏదో సమయాల్లో ఖచ్చితంగా సర్వ సాధారణము. మీరు ఏ లక్షణాలు అనుభవించారో ఏ లక్షణాలు మీ జీవితాన్ని కలత పరిచాయో అనేది మేము తెలుసుకోవాలని ఇష్ట పడుచున్నాము. ఉదా: ఒక కుటుంబం లో సభ్యుడు చనిపోతే భాదపడడం అనేది సహజం కాని మీరు అటువంటి భాధను మీ ఎవరూ చనిపోకుండానే అనుభవిస్తున్నారా లేక అటువంటి భాధకు గురి అయి కనీసం మీ గురించి మరియు మీ కుటుంబం గురించి శ్రద్ధ తీసుకోలేకపోతున్నారా అనేది మేము తెలుసుకోవాలనుకుంటున్నాము.

8.1	Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? మీరు కృంగిపోవడం అనే భావన లేక నిరాశా భావాలు కలిగి యున్నారా? (Probe: have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis? [పేరేపించు: మాకు పరిస్థితులు ఎప్పుడు బాగుపడవు. నేను సంతోషంగా ఉండును, ప్రతీది తప్పు జరుగుతుంది అనే ఆలోచనలు మిమ్మల్ని ఎక్కువగా భాద పట్టి రోజువారీ పనులు చేసుకోవడం కష్టంగా ఉంటుందా?])	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer88	
-----	--	--	--

8.2	Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? మీరు సంతోషించు సమయాన తక్కువ ఆనందం పొందానని అనిపించిందా? <i>(probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?)</i> ప్రేరేపించు: మీరు ఇష్టముతో చేయు పనులు అనగా, టి.వి. చూడడం, స్నేహితులతో గడపడం మీకు సంతోషాన్ని ఇవ్వడం లేదా?)	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	
8.3	Have you lost weight without any specific attempt to lose weight? మీరు ఏమి ప్రయత్నం చేయకుండానే బరువు తగ్గారా? <i>(Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?)</i> ప్రేరేపించు: మీ బట్టలు మీకు వదులుగా ఉన్నాయా లేక ఎవరైనా మీరు ముందుకన్నా సన్నగా కనబడుతున్నారని చెప్పారా?)	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	
8.4	Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా గాని, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరి కంటే ముందే నిద్ర లేవడం వంటివి వున్నాయా?	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	
8.5	Do you have suicidal ruminations? మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలని ఆలోచనలు కలుతాయా? <i>(Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life)</i> ప్రేరేపించు: మీ జీవితం అంతం చేసుకోవాలని ఎప్పుడైనా అనిపించిందా?)	Yes.....1 No.....0 Don't know......77 Did not answer88	

9. CIGARETTE / BIDI, CAFFEINE EXPOSURE

Exposure to smoking from others (passive smoking)

9.1	Since you have been pregnant, have you been exposed to tobacco smoke (like cigarette, bidi, hookah, etc.) because of smoking by others? మీరు గర్భవతిగా ఉన్నప్పుటి నుండి ఇతరులు పొగత్రాగడం వలన మీరు పొగాకు (అనగా సిగరెట్టు, బీడీ, హుక్కా మొదలైనవి) పొగకి గురి అయ్యారా?	Yes1 No.....0 → 9.6	
9.2	About how many hours per day are you exposed to this smoke because of smoking by others? మీ ఇంటిలో ఉన్న ఇతరులు పొగ త్రాగడం వలన రోజుకి ఎన్ని గంటలు మీరు సిగరెట్టు, బీడీ పొగకి గురి అవుతున్నారు?	<input type="checkbox"/> Hours per day <input type="checkbox"/> Minutes per day	

9.3	Which of the others living in your house smoke tobacco (like cigarette, bidi, hookah, etc.)? మీ ఇంటిలో ఉన్న వారిలో ఎవరు పొగాకు త్రాగుతారు? (అనగా సిగరెట్టు, బీడీ, హుక్కా మొదలైనవి)	Husband..... A Father-in-law..... B Mother-in-law..... C Other person _____ D (specify)	
9.4	Prior to the pregnancy, did your husband smoke tobacco related products (like cigarettes, bidi, hookah etc.)? మీరు గర్భవతి కాక ముందు మీ భర్త పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు (అనగా సిగరెట్టు, బీడీ, హుక్కా మొదలైనవి) త్రాగేవారా?	Yes.....1 No.....0	→ 9.6
9.5	Does your husband currently smoke tobacco-related products? ప్రస్తుతం మీ భర్త పొగాకుకి సంబంధించిన పదార్థములు త్రాగుతున్నారా?	Yes1 No.....0	
9.6	Do you chew anything on a regular basis (e.g. pan masala, betel leaves, betel nuts, tobacco) మీరు క్రమముగా పక్క పాన్ మసాలా, తమల పాకులు , తంబాకు లాంటివి ఏమైనా నములుతారా?	Yes.....1 No.....0 Did not answer.....88	→ 9.9
9.7	What do you chew? మీరు ఏమి నములుతారు?	Pan masala.....A Betel leaves..... B Betel nuts..... C Tobacco..... D Other _____ E (specify)	
9.8	How often do you chew? మీరు ఎంత తరచుగా నములుతారు?	More than once a day..... 1 Once a day..... 2 Every few days..... 3 Once per week.....4 Occasionally.....5	
9.9	How many cups of chai/coffee do you drink per day? మీరు రోజుకి ఎన్ని కప్పుల 'టీ'/'కాఫీ' త్రాగుతారు?	Tea <input type="text"/> <input type="text"/> Cups per day Coffee <input type="text"/> <input type="text"/> Cups per day	
10. VEHICLES AND POLLUTION EXPOSURE			
10.1.	Do you, or someone in your immediate family, own a vehicle? మీరుగానీ లేక మీ కుటుంబంలో వారుగానీ సొంత వాహనము కలిగియున్నారా?	Yes.....1 No2	→ 10.6
10.2	What type of vehicles? ఏ రకమైన వాహనములు?	Car/JeepA Motorcycle/2-wheelerB TractorC Bicycle D Other _____(specify)E	

10.3	Where is the vehicle kept? వాహనము ఎక్కడ పెడతారు?	Inside the house1 Inside the compound but not in the house . 2 Not in the compound, but out on the street 3 Other_____ 4 (specify)	
10.4	Is the vehicle often kept running while in the inner courtyard? మీ ఇంటి ప్రక్కనున్న ఖాళీ స్థలములో మీ వాహనమును తరచుగా ఆన్ చేసి పెడతారా?	Yes1 No0	
10.5	How often did you ride in/on a vehicle (yours or someone else's) in the past three months? గడచిన 3 నెలల్లో, మీరు ఎంత తరచుగా (మీది/ఇతరుల) వాహనముపై ప్రయాణం చేసారు?	Daily 1 Weekly 2 Monthly3 Rarely..... 4 Never5	
10.6.	Do you store fuel or diesel in or near the home? మీరు ఇంధనమును లేక డీజిల్ ను మీ ఇంట్లో లేక ఇంటి దగ్గర నిల్వ చేసుకుంటారా?	Yes1 No2	→ 11.1
10.7	Which of the fuels do you store in or near your home? ఈ క్రింది వాటిలో వేటిని మీ ఇంట్లో లేక ఇంటి దగ్గర నిల్వ చేసుకుంటారా?	Kerosene..... A Petrol B Diesel C Other_____ D	

<p>11. PESTICIDES AND POTENTIAL EXPOSURE క్రింది సంహారకాలు మరియు ప్రభావము:</p> <p>Pesticides include many types of chemicals used to repel, kill, or control unwanted weeds, insects, rodents, fungi, or bacteria. They are used on crops, animals, buildings, or roads.</p> <p>చాల రకాల రసాయనాలను గృహ కీటకాలను వెళ్ళగొట్టుటకు, చంపుటకు, కలుపు మొక్కలను అరికట్టుటకు, పురుగులను, ఎలుకలను, పుట్టగొడుగులను లేక బాక్టీరియాలను అదుపు చేయుటకు, పంటలకు, జంతువులకు, ఇళ్ళు మరియు రోడ్లు నిర్మాణాలకు వాడతారు.</p>			
11.1.	Do you or does your household mix, apply, spray, process, or use pesticides? మీరు పురుగుల మందును కలపడం, చల్లటం లేక పురుగుల మందును వాడుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77	→ 12.1
11.2	Where do you or your household mix, apply, spray, process or use pesticides? పురుగుల మందు ఎక్కడ చల్లుతారు?	Inside the houseA Outside the houseB FarmC Work placeD Other_____ E (specify)	

11.3.	Who use these pesticides? పురుగుల మందు ఎవరు చల్లుతారు?	Wife(participant).....1 Husband.....2 Other family members.....3 Servants/workers.....4 Government people..... 5 Others_____ 6	→ 11.6
11.4	When you use/apply the pesticide product(s) at work, do you wear any protective clothing? క్రిమి సంహారకాలు వాడుతున్నప్పుడు మిమ్మల్ని మీరు కాపాడుకొనుటకు ఏమైనా రక్షకాలు ధరిస్తారా?	Yes.....1 No.....0	→ 11.6
11.5	What do you wear? మీరు ఏమి ధరిస్తారు?	Face mask..... 1 Gloves..... 2 Other_____ 3 (Specify)	
11.6	What are the names of the pesticides you (or your household members) have used in the past three months at work? గతచిన 3 నెలల్లో, మీరు పని చేయు స్థలంలో వాడిన క్రిమి సంహారకాల పేర్లు తెలపండి?	_____ _____ _____ (specify) Don't know.....77	

11.7 How often the following pesticides used in the past three months at your work?
గతచిన 3 నెలల్లో ఎంత తరచుగా మీరు పని చేయు స్థలంలో వాడిన క్రిమి సంహారకాలను వాడారు ?

Type of pesticides క్రిమి సంహారకాల రకములు	Once per day	Several times per week	Once per week	Once per month	Once in three months	Never
a. Insecticides to kill bugs/mosquitoes దోమలను, నల్లలను చంపు క్రిమి సంహారకాలు	1	2	3	4	5	6
b. Herbicides (weed killer) కలుపు మొక్కలను చంపు మందులు	1	2	3	4	5	6
c. Rodenticides to kill rats and mice ఎలుకలను మరియు చిట్టెలుకలను చంపు రోడెంటి సైడ్స్	1	2	3	4	5	6
d. Fungicides to kill mold or fungus ఫంగస్ ను చంపు ఫంగిసైడ్స్	1	2	3	4	5	6
e. Bactericides to kill bacteria బాక్టీరియాను చంపు బాక్టీరిసైడ్స్	1	2	3	4	5	6
f. Others ఇతరములు	1	2	3	4	5	6
_____ (specify) వివరించండి						

12. ANIMALS AND LIVESTOCK జంతువులు మరియు పశువులు																																				
12.1	Do you tend animals outside the home (i.e. on a farm)? మీరు ఇంటి బయట ఏమైన జంతువులను పెంచుతున్నారా? ఉదా: పొలములో	Yes.....1 No.....2	→ 12.3																																	
12.2.	What animals and how many do you tend? ఏ జంతువులు మరియు ఎన్నింటిని పెంచుతున్నారు? a. Dogs b. Cats c. Goats d. Sheep e. Chicken or ducks f. Buffaloes and cows g. Donkeys h. Other -----(Specify)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Yes</th> <th>No</th> <th>Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	Yes	No	Number	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	
Yes	No	Number																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
12.3	Do you or your family keep any animals inside or near your home? మీరు గానీ మీ కుటుంబం గానీ ఇంట్లో లేక ఇంటి దగ్గర ఏవైనా జంతువులు ఉంచారా/పెంచుతున్నారా?	Yes.....1 No.....2	→ 13.1																																	
12.4	What animals and how many do you have? ఏ జంతువులు మరియు ఎన్ని ఉన్నాయి? i. Dogs j. Cats k. Goats l. Sheep m. Chicken or ducks n. Buffaloes and cows o. Donkeys Other -----(Specify)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Yes</th> <th>No</th> <th>Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	Yes	No	Number	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	1	0	<input type="text"/>	
Yes	No	Number																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
1	0	<input type="text"/>																																		
13. PHYSICAL ACTIVITY వ్యాయామము/ భౌతిక చర్య																																				
The following questions ask about your work and sleep habits during the past week. గత వారంలో మీ యొక్క పని మరియు నిద్ర అలవాట్లపై ఈ క్రింది ప్రశ్నలు అడుగుతాను.																																				
13.1	How many people, including you, live in your house ? మీతో కలిపి మీ ఇంట్లో ఎంత మంది ఉంటారు?	Number <input type="text"/>																																		

13.2.	How many servants help you in the house/ on farm? మీ ఇంట్లో/పొలములో ఎంత మంది పని మనుష్యులు ఉన్నారు?	At house On farm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13.3	On a typical day <u>this past week</u> , what time did you usually go to bed and what time did you usually wake up? గడచిన వారంలో ప్రత్యేకంగా ఒక రోజులో మీరు మామూలుగా ఏ సమయంలో నిద్ర లేస్తారు?	Go to bed Wake up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AM
13.4.	Please describe your <u>daily</u> schedule or routine for a <u>typical</u> day during the past week. Prompt: As the woman describes her routine, probe for amount of time spent doing each activity. దయచేసి గత వారంలో ప్రత్యేకంగా ఒక రోజులో మీరు చేయు పనులు వివరించండి. స్త్రీ తన రోజు వారి పనులలో ప్రతి పని కొరకు ఎంత సమయం కేటాయిస్తుందో ఈ క్రింది పట్టికలో వ్రాయండి..		

	Morning (before 12.00 noon)		Afternoon (12.00 noon-4.00pm)		Evening (4.00pm onwards)	
Domestic work						
		Time spent		Time spent		Time spent
a) Sweeping	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes
b) Cooking	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes
c) Serving food to the household members	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes
d)Washing utensils	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes
e)Washing clothes/laundry	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes
f) Care of children	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes
g) Care of animals	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours	Yes 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours
	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes

Other Work									
h) Farming/Gardening	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
i) Labour, construction work	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
j) Stitching	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
k) Other _____ (specify)	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
Resting									
l) Nap	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
m) Watch TV	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes

COOKING వంట			
13.5.	How much rice do you cook each day? (Include morning, midday, evening meals) రోజుకి ఎన్ని కేజీల బియ్యం వండుతారు? (ఉదయం, మధ్యాహ్నం మరియు రాత్రి భోజనాలు కలుపు కొని)	Rice cooked each day <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg Don't know.....77	
13.6.	Where do you buy or obtain the rice that you cook for your family? మీ కుటుంబానికి వంట చేయుటకు కావలసిన బియ్యము ఎక్కడ నుండి కొనుక్కుంటారు/ తెచ్చుకుంటారు?	Family's own paddy.....A Local / neighbor's paddy.....B Buy from grocer.....C Buy from government/ ration shop.....D Other (specify).....E	
13.7.	Where is the cooking done at your house? మీ ఇంట్లో వంట ఎక్కడ చేస్తారు?	In the designated kitchen.....1 In common room used for other activities.....2 Outside house.....3 Others _____(specify) 4	→ 13.10
13.8.	Is there a vent above the cooking area? మీరు వంట చేయు స్థలము పైన కన్నము ఉన్నదా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77	
13.9.	Is there a window that you open near the cooking area? మీరు వంట చేయు స్థలము దగ్గర కిటికీ ఉన్నదా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77	

13.10.	On everyday, how long are you exposed to cooking fires? How many hours? ప్రతి రోజు వంట చేయునప్పుడు మీరు మంటకు ఎంతసేపు గురి అవుతారు?	Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Minutes..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
13.11.	What type of fuel does your household mainly use for cooking? మీరు వంట చేయుటకు ఏ రకమైన ఇంధనం వాడతారు?	Firewood / crop residuals.....1 Electricity..... 2 LPG/Natural gas.....3 Gobar or bio gas.....4 Kerosene.....5 Coal/Lignite.....6 Charcoal.....7 Straw/shrubs/grass.....8 Dung / dung cake.....9 Other _____ 10 (specify)	→ 14.1
13.12.	Who fetches the firewood? కట్టెలు ఎవరు తెస్తారు?	Wife (life participant).....1 Husband (life participant)..... 2 Children.....3 Other (specify) _____ 4	→ 14.1
13.13.	How do you go to fetch firewood? మీరు కట్టెలు తెచ్చుకునుటకు ఎలా వెళతారు?	Walking.....1 Bicycle.....2 2-wheeler.....3 Other.....4 (Specify)	→ 13.15
13.14.	How far do you have to walk to fetch firewood? మీరు కట్టెలు తెచ్చుకునుటకు ఎంత దూరము నడిచి వెళ్ళవలసి ఉంటుంది?	≤1 KM.....1 1-3 KM.....2 More than 3KM..... 3 Don't know.....77	
13.15.	How often each week does you fetch firewood? ప్రతి వారము మీరు ఎంత తరచుగా కట్టెలు తెస్తారు?	Times per week <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know.....77	
13.16.	How long does it take to go there, collect firewood, and come back in one trip? ఒక ట్రిప్పకి వెళ్ళి కట్టెలు తీసుకొని రావడానికి ఎంత సమయం పడుతుంది?	Minutes <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know.....77	

14. WATER SOURCES నీరు -మూలాధారములు

14.1.	What is the source of water you use for drinking? మీరు త్రాగడానికి ఏ రకమైన నీటిని వాడతారు?	Purchased cans.....A Piped (tap).....B Bore hand pump.....C Open well.....D Other _____ E (Specify)	
-------	---	--	--

14.2	What is the source of water you use for cooking? మీరు వంట చేయడానికి నీటిని ఎక్కడ నుండి తెచ్చుకుంటారు?	Purchased cans.....A Piped (tap).....B Bore hand pump.....C Open well.....D Others _____ E (Specify)	
14.3	What do you usually do to the water to make it safer to drink? మీరు త్రాగు నీటిని ఎలా సురక్షితం/ శుభ్రం చేస్తారు?	No preparation.....A Boiling.....B Chlorination.....C Use water Filter.....D Use Electronic Purifier.....E Sedimentation..... F Other (specify)_____ G	
14.4	Where is the water source located? నీరు తెచ్చుకును ఆధారం ఎక్కడ ఉంది?	In own building 1 In own yard/plot..... 2 Elsewhere (outside)..... 3	14.10
14.5	Do you yourself travel to fetch water for your household? మీ ఇంటికి కావలసిన నీరు మీరే వెళ్ళి తెచ్చుకుంటారా?	Yes..... 1 No.....0	14.10
14.6	How far do you travel to fetch water? మీరు నీళ్ళు తెచ్చుకునుటకు ఎంత దూరము ప్రయాణించి వెళతారు?	≤ 1km..... 1 1-3 km..... 2 > 3 km.....3 Don't know..... 77	
14.7	How do you travel to fetch the water? మీరు నీళ్ళు తెచ్చుకునుటకు ఏ విధంగా ప్రయాణించి వెళతారు?	Walking.....1 Bicycle.....2 Motorcycle.....3 Other (specify)_____ 4	
14.8.	How long does it take to go there, get water, and come back in one trip? ఒక సారి వెళ్ళి తీసుకొని వచ్చుటకు ఎంత సమయం పడుతుంది?	Minutes Don't know..... 77	
14.9	How often do you fetch water and how much do you carry each time? మీరు ఎంత తరచుగా నీళ్ళు తెచ్చుకుంటారు? మరియు ప్రతిసారికి ఎన్ని నీళ్ళు తెస్తారు?	Trips per day Containers per trip Liters in container #1 Liters in container #2	
14.10	How is water collected from the source into the carrying container? మీరు నీరు లభించే స్థలం నుండి పాత్రలోకి ఏ విధంగా పట్టుకుంటారు?	Piped direct, no carrying container.....1 Direct from source into carrying container (i.e. buy water and it is put directly into your can).....2 Cloth covers collecting container as a filter.....3 One container is used to transfer water from source to carrying Container.....4 Other method(specify)_____ 5	

14.11	How is drinking water stored? మీరు త్రాగు నీటిని ఏ విధంగా నిల్వ చేస్తారు?	In the container.....1 Pots.....2 Drums / cans.....3 Overhead tank.....4 Other _____ 5 (specify)	
14.12	How frequently do you clean/change the carrying container? ఎంత తరచుగా మీరు నీటిని నిల్వ చేయు పాత్రను శుభ్రం చేస్తారు? <i>Probe – if cleaned when it becomes empty, ask how often that happens.</i>	Daily..... 1 Once a week.....2 Fortnightly.....3 Once a month..... 4 Other _____ 5 (specify)	
14.13	If you clean/wash water containers, how do you wash? ఒకవేళ నీటిని నిల్వ చేయు పాత్రలను శుభ్రపరిస్తే దేనితో శుభ్రపరుస్తారు?	Washing powder or soap.....1 Rinsed with water only.....2 Other _____ 3 (specify)	

15. OCCUPATION వృత్తి

I would like to start by asking you about any work you do outside of your home, even if it's seasonal or part-time work. We would like to know about the environment in which you work.

నేను మీరు చేస్తున్న పని గూర్చి (మీ ఇంటి బయట పని, కాలాలను బట్టి చేసే పని లేక పార్టు టైం పనులకు సంబంధించిన) ఆ చుట్టు ప్రక్కన ఉన్న వాతావరణము గురించి తెలుసుకోవాలని అడుగుతున్నాను.

15.1	Do you work outside the home? మీరు ఇంటి బయట పని చేస్తారా?	Yes.....1 No.....0 →	END
15.2	What is your occupation? మీరు ఏమి పని చేస్తారు?	Work on own agricultural land..... 1 Work on someone else land on lease..... 2 Agricultural labourer..... 3 Construction labourer..... 4 Brick factory labour work..... 5 Factory work (e.g. sewing)..... 6 Domestic help (someone else house)..... 7 Retail/selling things..... 8 Private service..... 9 Artisan/traditional caste occupation.....10 Government service.....11 Other _____ 12 (specify)	→ 15.6
15.3	Approximately how many days did you work in the last month (agriculture/labour) outside the home? గడచిన మాసంలో సుమారుగా ఎన్ని రోజులు ఇంటి బయట (వ్యవసాయం/కూలి) పని కోసం వెళ్ళారు?	Days <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77	

15.4	How many days in a week do you work (agriculture/labour) outside the home? మీరు వారానికి ఎన్ని రోజులు (వ్యవసాయం/కూలి) ఇంటి బయట పని చేస్తారు	Days per week <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77	
15.5	Whenever you go to work (agriculture/labour) how long do you spend working in a day? మీరు పనికి వెళ్ళిన ప్రతిసారి (వ్యవసాయం/కూలి) ఒక రోజులో ఎంత సమయం కేటాయిస్తారు?	Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77	
15.6	How far is your place of work from your home? మీ ఇంటి నుండి పని చేయు స్థలము ఎంత దూరము?	≤ 1 km.....1 More than 1 km, ≤ 3 km.....2 More than 3 km, ≤ 5 km.....3 More than 5 km.....4 Working at home.....5 Don't know..... 77	
15.7	How do you travel to your work place? మీరు పనికి ఏ విధంగా ప్రయాణించి వెళ్తారు?	Walking.....A BicycleB Motorcycle / 2 wheeler.....C Car.....D Bus.....E Other _____ F (specify)	

THANK THE RESPONDENT FOR THE CO-OPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS

RECORD THE TIME: _____	Hour <input type="text"/> <input type="text"/>
	Minuts <input type="text"/> <input type="text"/>



SHARE INDIA

MediCiti Institute of Medical Science, Ghanpur,
Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE Pilot Study 2009 - Labor & Delivery and Antenatal Medical Record Abstraction

Participant Name _____

Family Code _____

Village _____

Study ID No. _____

GENERAL INFORMATION

1.

a. Date form completed:	___/___/___ (dd/mm/yyyy)
b. Participant (Mother's) Name:	
c. Home Village, Mandal	
d. Temporary Village, Mandal	
e. Data Abstractor ID/Name:	
f. Hospital/Clinic Name:	
g. If other than MIMS, address of institution:	

PATIENT ADMISSION INFORMATION

2. Date: ___/___/20___ (dd/mm/yyyy)

3. Time: ___:___ am/pm

4. Weight: _____ kilograms 777 Don't Know/Unable to obtain weight on admission

5. Blood pressure: ___/___ 777 Don't Know/Unable to obtain blood pressure on admission

6. Were membranes ruptured at time of admission?

0 NO (Intact)

1 YES (Ruptured)

77 Don't Know/Unknown

LABOR INFORMATION

7. Date/Time membranes ruptured:

a. Date of rupture: ___/___/20___ 77 Don't Know/Unknown

b. Time of rupture: ___:___ am/pm 77 Don't Know/Unknown

8. Method of membranes rupture:

1 Spontaneous Rupture of Membranes (SROM)

2 Artificial Rupture of Membranes (AROM)

77 Don't Know/Unknown

9. Once membranes ruptured, describe:

1 Clear fluid

2 Bloody fluid

3 Thin Meconium

4 Thick Meconium

5 Other (describe): _____

77 Don't Know/Unknown

- a. If meconium was present, was an intra-uterine catheter used to flush sterile saline to thin the meconium during labor?
- 0 NO
 - 1 YES
 - 77 Don't Know/Unknown

10. Onset of Labor (as defined by Doctor):

- a. Date: ___/___/20___ (dd/mm/yyyy) 77 Don't Know/Unknown
- b. Time: ___:___am/pm 77 Don't Know/Unknown

11. Type of Labor

- 1 Spontaneous without augmentation
- 2 Spontaneous with augmentation
- 3 Induced
- 0 No labor (cesarean section without labor)

12. Was anything done to ripen the cervix?

- 0 NO
- 1 YES

a. If yes, describe:

- 1 Misoprostil
- 2 Cerviprime, Dinoprostone or other prostaglandin
- 3 Stripping of membranes
- 4 Other (specify): _____
- 0 None of the above

13. Date/Time pushing started:

- a. Date: ___/___/20___ (dd/mm/yyyy) 77 Don't Know/Unknown
- b. Time: ___:___am/pm 77 Don't Know/Unknown

14. Maximum/highest maternal temperature before birth:

- a. Temperature: ___ . ___ degrees _C° _F°
- b. Date: ___/___/20___ (dd/mm/yyyy)
- c. Time: ___:___ am/pm

15. Highest blood pressure (highest recorded based on systolic reading)

- a. SBP: ___ mmHg
- b. DBP: ___ mmHg

16. Lowest blood pressure (lowest recorded based on systolic reading)

- a. SBP: ___ mmHg
- b. DBP: ___ mmHg

PREGNANCY COMPLICATIONS

17. Check all that apply:

- 1 Preeclampsia
- 2 Gestational diabetes
- 3 Pre-existing hypertension (?)
- 4 Pregnancy Induced Hypertension (without protein in urine)
- 5 Placenta previa
- 6 Other significant vaginal bleeding
- 7 Oligohydraminos (?)
- 8 Polyhydraminos (?)
- 9 Intra-Uterine Growth Restriction (?)

- 10 Inadequate maternal weight gain (?)
 11 Preterm labor
 12 Other, Specify: _____
 0 No complications
 77 Don't Know/Unknown

18. If patient experienced pre-term labor, indicate treatment:

- 1 Bedrest
 2 Tocolysis
 3 Other (describe): _____
 0 No treatment
 77 Don't Know/Unknown

LABOR COMPLICATIONS

19. Check all that apply:

- 1 Hypertension (without protein in urine)
 2 Hypotension
 3 Pre Eclampsia
 4 Eclampsia
 5 Toxemia (septicemia)
 6 Chorioamnionitis
 7 Maternal fever
 8 Arrest of labor
 9 Non-reassuring fetal heart rate pattern
 10 Cord prolapsed
 11 Uterine rupture
 12 Abruptio
 13 Maternal hemorrhage (?)
 14 Cephalo-Pelvic Disproportion (CPD) (?)
 15 Other (describe): _____
 0 No complications
 77 Don't Know/Unknown

20. Maternal Death

- 0 NO
 1 YES

a. If yes, was autopsy performed?

- 0 NO
 1 YES
 77 Don't Know/Unknown

b. If autopsy was performed list cause of death: _____

- 77 Don't Know/Unknown

DELIVERY INFORMATION

21. Date/Time of Delivery:

- a. Date: ___/___/20___ (dd/mm/yyyy)
 b. Time: ___:___ am/pm

21 (a) Outcome of Delivery

- 1 Live birth 0 still birth

22. Apgar score 1 minute _____

23. Apgar score 5 minutes _____

24. Weight at birth (in kilogram) ____ . ____ ____ Type of scale used 1 Digital 2 Other

25. Length at birth (cm) _____. ____ 77 Don't Know/Unknown

26. Head circumference at birth (cm) _____. ____ 77 Don't Know/Unknown

27. Congenital anomalies _____

28. Type of delivery (select all that apply):

- 1 Spontaneous vaginal
- 2 Vaginal with forceps assist
- 3 Vaginal with vacuum assist
- 4 Vaginal Breech Extraction
- 5 Cesarean-section

28 (a) Outcome of Delivery

Male Female

29. If cesarean delivery, indicate reason:

- 1 Planned (ex: repeat or known breech) Describe: _____
- 2 Unplanned, non-emergent (ex: failure to progress or CPD) Describe: _____
- 3 Emergency
- 77 Don't Know/Unknown
- 0 No cesarean-section

30. Fetal presentation: (Check one for each fetus)

a. Fetus A	1 Vertex	2 Breech	3 Transverse	4 Other (describe): _____	99 Not Applicable
b. Fetus B	1 Vertex	2 Breech	3 Transverse	4 Other (describe): _____	99 Not Applicable
c. Fetus C	1 Vertex	2 Breech	3 Transverse	4 Other (describe): _____	99 Not Applicable

31. Shoulder Dystocia?

- 0 NO
- 1 YES
- 77 Don't Know/Unknown

a. If yes, indicate which method was used for shoulder dystocia:

- 1 McRoberts
- 2 Woods Screw
- 3 Suprapubic pressure
- 4 Other, Specify _____
- 0 No method was used
- 77 Don't Know/Unknown

32. Type of assistance received at delivery

- 1 Doctor
- 2 ANM/Nurse/midwife/LHV
- 3 Dai (TBA)
- 4 Other, Specify _____

33. Was meconium present at time of delivery?

- 0 NO
- 1 YES
- 77 Don't Know/Unknown

INVESTIGATIONS DRAWN/PROCESSED DURING LABOR

34. Hemoglobin	₀ Not Drawn	₁ YES	Results:	₇₇ Don't Know/Unknown
35. WBC	₀ Not Drawn	₁ YES	Results:	₇₇ Don't Know/Unknown
36. Blood Glucose	₀ Not Drawn	₁ YES	Results:	₇₇ Don't Know/Unknown
37. Blood Sugar (Accucheck)	₀ Not Drawn	₁ YES	Results:	₇₇ Don't Know/Unknown
38. Platelets	₀ Not Drawn	₁ YES	Results:	₇₇ Don't Know/Unknown
39. Urine Protein	₀ Not Drawn	₁ YES	Results:	₇₇ Don't Know/Unknown
40. Other: _____	₀ Not Drawn	₁ YES	Results:	₇₇ Don't Know/Unknown
41. Other: _____	₀ Not Drawn	₁ YES	Results:	₇₇ Don't Know/Unknown

ANALGESIA/ANESTHESIA RECEIVED IN LABOR

42. Were intravenous medications given? ₀ NO ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown
43. Was an Epidural given? ₀ NO ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown
a. Date: ___/___/20___ (dd/mm/yyyy)
b. Time started ___:___ am/pm
44. Was a Spinal given? ₀ NO ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown
a. Date: ___/___/20___
b. Time started ___:___ am/pm
45. Was General Anesthesia used? ₀ NO ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown
a. Date: ___/___/20___
b. Time started: ___:___ am/pm

MEDICATIONS GIVEN

46. Ampicillin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
47. Erythromycin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
48. Metrogyl (Metronidazole)	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
49. Gentamycin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
50. Magnesium Sulphate	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
51. Oxytocin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
52. Phenergan	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
53. Tramadol	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
54. Ciprofloxin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
55. Zilocaine (local)	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
56. Buscopan	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
57. Prostaglandins (Prostidine)	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
58. Azithromycin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
59. Cefazolin, Cefotaxin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
60. Clindamycin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
61. Demerol (Meperidine)	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
62. Fentanyl	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
63. Morphine	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
64. Nalbuphine	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
65. Stadol (Butorphanol)	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
66. Vancomycin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
67. Fentanyl	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
68. Propofal	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
69. Ketorol (Ketorolac)	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
Medications for pre-eclampsia			
70. Methyldopa	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
71. Nifedipine tablet	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
72. Labetolol	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
73. Nephrosol	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown

Medications for cervical ripening			
74. Epidosin	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
75. Misoprostil	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
76. Cerviprime	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
77. Dinoprostone (gel form)	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
Tocolytics			
78. Duvadilan	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
79. Nitroglycerine Patch	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
80. Isoxsuprine	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
81. Retordine	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
Post-partum medications			
82. Diclofenac Sodium (NSAID)	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
83. Combiflam (ibuprofen & acetaminophen)	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
84. Ranitidine	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
Other medications, describe:			
85.	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown
86.	₀ NO	₁ YES	₇₇ Don't Know/Unknown

ANTENATAL CARE

87. Prenatal records available at delivery?

- ₀ NO
₁ YES
₇₇ Don't Know/Unknown

88. Pre-pregnancy weight: _____pounds OR _____kilograms ₇₇ Don't Know/Unknown**ANTENATAL LABS**

Check each of the labs that were completed and enter the results and date of the test. If one test only was done, enter the results and date in the fields for Result 1. If there are more than two results, record the earliest and most recent (to delivery) tests results.

89. Maternal Blood Type ₀ No, not drawn ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown
₁ A ₂ B ₃ AB ₄ O Date: ___/___/20___ (dd/mm/yyyy)

90. Initial Antibody Screen ₀ NO ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown
₁ Negative ₂ Positive Date: ___/___/20___

91. HI Antibody Titre (Rubella) ₀ NO ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown
a. ₁ Immune ₂ Non-Immune a2. Date: ___/___/20___

92. Hemoglobin ₀ NO ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown

a. 1. Result 1: ___g/dl a2. Date: ___/___/20___
b. 1. Result 2: ___g/dl b2. Date: ___/___/20___

93. Hematocrit ₀ NO ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown
a. 1. Result 1: ___% a2. Date: ___/___/20___
b. 1. Result 2: ___% b2. Date: ___/___/20___

94. VDRL ₀ NO ₁ YES ₇₇ Don't Know/Unknown
a. 1. ₀ Non-reactive ₁ Reactive a2. Date: ___/___/20___
b. 2. ₀ Non-reactive ₁ Reactive b2. Date: ___/___/20___

95. RPR
 Result 1: __:__ (titre) Date: __/__/20__
 Result 2: __:__ (titre) Date: __/__/20__
96. Urine Culture
 Result 1: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
 Result 2: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
97. HbsAg
 Result 1: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
 Result 2: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
98. Malaria
 Result 1: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
 Result 2: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
99. Chlamydia
 Result 1: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
 Result 2: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
100. Gonorrhea
 Result 1: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
 Result 2: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
101. One hour Glucose Challenge Test / Diabetes Screen
 Result: __mg/dl Date: __/__/20__
102. Three hour Glucose test:
 Results: FBS __mg/dl 1 hour __mg/dl 2 hour __mg/dl Date: __/__/20__
103. Toxoplasmosis
 Result 1: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
 Result 2: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
104. Varicella
 Result 1: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
 Result 2: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
105. Hepatitis C
 Result 1: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
 Result 2: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
106. CMV
 Result 1: __Neg. __Pos Date: __/__/20__
 Result 2: __Neg. __Pos Date: __/__/20__

107. Other Investigations & Results (cultures, thrombophilia workup, isoimmunization titres, etc.):

ANTENATAL PROCEDURES

108. RhoGam given? 0 NO 1 YES 77 Don't Know/Unknown
 a. Date 1: ___/___/20___ b. Date 2: ___/___/20___
109. Other (specify): _____
 a. Date 1: ___/___/20___ b. Date 2: ___/___/20___
110. Other (specify): _____
 a. Date 1: ___/___/20___ b. Date 2: ___/___/20___

ANTENATAL IMMUNIZATION

111. Tetanus 0 NO 1 YES 77 Don't Know/Unknown
 a. Date: ___/___/20___ (dd/mm/yyyy)
112. Other (specify): _____
 a. Date 1: ___/___/20___
 b. Date 2: ___/___/20___

LIFE SAMPLES COLLECTED AT DELIVERY

113. Vaginal swabs collected 1. Yes 2. No
114. Stool sample collected 1. Yes 2. No
115. Meconium sample collected 1. Yes 2. No

DISCHARGE

116. Cord Blood - 1. Yes 2. No
117. Placenta - 1. Yes 2. No
118. Breast Milk - 1. Yes 2. No
119. Blood - 1. Yes 2. No
120. Urine - 1. Yes 2. No
121. Discharge date, mother ___/___/___ (dd/mm/yyyy)
122. Weight of mother at discharge: _____ kilograms 777 Don't Know/Unable to obtain weight at discharge
123. Discharge date, baby ___/___/___ (dd/mm/yyyy)
124. Baby weight at discharge (in kilogram) ____ . ____
- Type of scale used 1 Digital 2 Other 777 Don't Know/Unable to obtain weight at discharge

SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2009
Life Pilot Study Pregnancy Loss Questionnaire

IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel: _____

Husband's Name : _____ Study ID: _____

Wife's Name : _____ Study ID: _____

Date of Interview :

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

DAY MONTH YEAR

Record the Time :

--	--

--	--

Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

Introduction:

Thank you, for agreeing to respond to the questions in this questionnaire. We are asking each of these questions because we believe they may play a role in determining your health and may have an influence for the loss of pregnancies. We hope that if we find out the reasons of miscarriages, that we may be able to do something in the future to make sure in avoiding the loss of pregnancies .

None of this information will be shared with anyone outside of the project. We will keep your information confidential and anonymous. If you feel uncomfortable or do not want to answer any question, please say this and I (the Interviewer) will then move to the next question. If you have any doubts about why we are asking certain questions, please ask and I will explain the reason for the question. None of the questions are meant to offend, imply anything, or make judgments about you or your family.

పరిచయం :- ఈ ప్రశ్నాపత్రములోని ప్రశ్నలకు సమాధానము ఇవ్వడానికి అంగీకరించినందుకు మీకు మా వందనాలు. మేము అడిగే ప్రతి విషయములు మీ ఆరోగ్యాన్ని నిర్ధారించుటలో పాత్ర వహిస్తుందని మరియు గర్భస్రావం జరగకుండా దానిని నివారించి భవిష్యత్తులో ఆరోగ్యవంతమైన గర్భం దాల్చడానికి అవకాశాలుంటాయని మేము భావిస్తున్నాము.

ఈ సమాచారము ప్రాజెక్టు బయట ఎవరితోను పంచుకోము. ఈ సమాచారము చాలా రహస్యంగా ఉంచుతాము మరియు మీ పేరు ఎక్కడా చూపము. ఒకవేళ మీకు ఇబ్బందికరంగా ఉంటే ఏదైనా ప్రశ్నకు సమాధానము ఇవ్వడం ఇష్టం లేకపోతే దయచేసి నాకు (ఇంటర్వ్యూచేయువారికి) తెలుపండి. ఒకవేళ ఈ ప్రశ్నలు ఎందుకు అడుగుచున్నారనే అనుమానం కలిగినట్లయితే దయ చేసి నన్ను అడగండి, నేను దానికి గల కారణాలను వివరిస్తాను. ఏ ప్రశ్న కూడ మిమ్మల్ని లేక మీ కుటుంబాన్ని కించపరచడానికి లేక మీ స్థితిగతులపై తీర్పు చెప్పడం కొరకు కాదు.

1. TO BE FILLED OUT BY LIFE STUDY STAFF PRIOR TO MEETING PARTICIPANT			
1.1	Date of this pregnancy first came to know by LIFE staff. ఈ గర్భమును గూర్చి మొదటి సారిగా LIFE ప్రతినిధి తెలుసుకున్న తేదీ.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year	
1.2	Was a pregnancy test administered with a positive result? గర్భ పరీక్షలో గర్భము చాల్చిన విషయము నిర్ధారించబడినదా?	Yes.....1 No.....0	
1.3	Date pregnancy test administered with positive result. గర్భము చాల్చిన విషయము నిర్ధారించబడినతేదీ.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year	
1.4	At which visit was the pregnancy detected? గర్భవతి అని ఏ సందర్భంలో నిర్ధారించబడింది?	Registration Visit 1 LMP Follow-up Visit 2	
1.5	What is the LMP date? చివరి బహిష్టు(గత నెలసరి) తేదీ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year	
1.6	How did LIFE staff come to know about the pregnancy loss? గర్భప్రాపం జరిగిన విషయము LIFE ప్రతినిధులు ఎలా తెలుసుకున్నారు?	CHV reported..... 1 Pregnancy test during 1 st trimester 2 Participant reported3 Other (Specify) _____ 4	
TO ASK THE LIFE PARTICIPANT			
2. PREGNANCY LOSS QUESTIONS గర్భప్రాపమునకు సంబంధించబడిన ప్రశ్నలు			
2.1	Do you know when the pregnancy ended? గర్భప్రాపం ఎప్పుడు జరిగిన విషయము మీకు తెలుసా? [PROMPT: Use events of the past few months to help determine an approximate date if the participant does not know the exact date] [గత మాసములో జరిగిన పండుగలు లేదా ముఖ్య సంఘటనలను ఉపయోగించండి]	Yes.....1 No.....0 → 2.3	
2.2	What was the date the pregnancy ended? గర్భప్రాపం జరిగిన తేదీ? [PROMPT: Record only month and year if that is all she remembers]	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year Don't know..... 77	

<p>2.3</p>	<p>How many weeks pregnant were you when the pregnancy ended? మీకు గర్భస్రావం జరిగినప్పుడు మీరు ఎన్ని వారాల గర్భవతి?</p> <p>[PROMPT: If the woman is unsure help her to calculate from her LMP] [స్త్రీ కి గుర్తులేని యెడల గత నెలసరి తేదీ నుంచి దినములు లెక్కించడానికి సహాయపడండి]</p>	<p><input type="text"/> weeks Don't know.....77</p>	
<p>2.4</p>	<p>What happened? (CIRCLE ONE, DO NOT READ RESPONSES ALOUD) ఏమి జరిగింది? (సర్కిల్ చేయండి, జవాబులు పెద్దగా చదవకండి)</p> <p>[Probe: Can you briefly tell me what happened when your pregnancy ended?] [గర్భస్రావం జరగడానికి గల కారణాలను మీరు క్లుప్తంగా వివరించండి]</p>	<p>A Miscarriage (loss of pregnancy before 20 weeks) గర్భస్రావం (20 వారాల ముందు గర్భస్రావం) 1</p> <p>An Ectopic or Tubal Pregnancy (pregnancy that occurs outside of the uterus, typically in the fallopian tubes) ఎక్టోపిక్ లేదా ట్యూబల్ గర్భము(గర్భము గర్భసంచి బయట ఏర్పడుట, ఫాలోపియన్ ట్యూబ్ లో క్లిష్టముగా జరుగు పక్రియ) 2</p> <p>Stillbirth (delivery of a baby that was not alive at birth/loss of pregnancy after 20 weeks) మృత శిశువు (చనిపోయిన శిశువును ప్రసవించడం/20 వారాలనంతరం గర్భస్రావం జరగడం) 3</p> <p>A Molar Pregnancy (Cyst clusters formed in uterus instead of/in addition to a fetus) మోలార్ గర్భము (గర్భసంచిలో పిండమునకు బదులుగా కంతులు తయారవుట) 4</p> <p>Elective abortion (Participant chose to end pregnancy) ఎలెక్టివ్ అబార్షన్ (మీ అంగీకారంతో గర్భమును తొలగించుట)5</p> <p>Doctor's suggestion for medical abortion based on mother's health (Doctor suggested that the participant end the pregnancy) డాక్టర్ సలహా ప్రకారం తల్లి ఆరోగ్యం స్థితిని బట్టి వైద్య పరంగా తొలగించుట (పాత్రదారికి గర్భం తొలగించాలని డాక్టర్ సలహా ఇచ్చుట).....6</p> <p>Other (Specify)_____ 10</p> <p>మరియే ఇతర కారణాలు (వివరణ)</p> <p>Don't know..... 77</p>	<p>2.6</p> <p>2.5</p> <p>2.6</p>

2.5	Why did doctor recommend you end the pregnancy? ఏ కారణం వలన డాక్టర్ మీకు గర్భం తొలగించాలని సలహా ఇచ్చారు?	Chromosome abnormality.....1 Diabetes.....2 Heart disease.....3 Other (specify).....4 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.6	Did you visit a doctor/hospital or clinic at the time the pregnancy ended? గర్భస్రావం జరిగినపుడు మీరు డాక్టర్/ఆసుపత్రి లేదా క్లినిక్ ని సంద్రదించారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	3.1
2.7	When did you visit the doctor/hospital/clinic? మీరు ఎప్పుడు డాక్టర్/ఆసుపత్రి లేదా క్లినిక్ ని సంద్రదించారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year Don't know..... 77	
2.8	Where did you go? మీరు ఎక్కడ సంద్రదించారు?	UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A Private Clinic or Doctor's OfficeB Registered Medical Practitioner (RMP)/ HomeopathC MediCitiD Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti E Traditional Healer F Some Other Place G (Specify) _____ Specific name of place, and village, where went _____ Don't know/unknown 77 Did not answer question 88	
3. Prior to pregnancy loss			
3.1	Did you have any ANC check-ups? మీకు ఏమైనా ANC పరీక్షలు జరుగబడినాయా?	Yes.....1 No.....0	3.3
3.2	Where did you go for ANC? మీరు గర్భసంరక్షణ (ANC) కొరకై ఎక్కడ సంద్రదించారు?	UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A Private Clinic or Doctor's Office B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath C MediCiti D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti E	

3.5	<p><i>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics</i></p> <p>ఇంటర్ వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన (వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి ఆంటీబయోటిక్ మందులో కావో కోడ్ చేసుకోవాలి)</p>	<table border="0"> <tr> <td>Medications (specify)</td> <td>Days Taken</td> </tr> <tr> <td>1 _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2 _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3 _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4 _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>	Medications (specify)	Days Taken	1 _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	2 _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	3 _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	4 _____	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Medications (specify)	Days Taken														
1 _____	<input type="text"/> <input type="text"/>														
2 _____	<input type="text"/> <input type="text"/>														
3 _____	<input type="text"/> <input type="text"/>														
4 _____	<input type="text"/> <input type="text"/>														
3.6	<p>In this section I am asking about vitamin deficiencies. When someone is missing certain vitamins in their diets there are three things they might experience:</p> <p>very sore and swollen tongue;</p> <p>cracks and soreness at the corners of the mouth;</p> <p>Night blindness.</p> <p>These symptoms of vitamin deficiency would last a long time, difficult to treat, and would probably get worse over time before getting better.</p>														
	<p>From the beginning of the pregnancy, have you had sore tongue, cracks at the corners of the mouth, night blindness that lasted more than a week and got worse over time?</p> <p>మీరు గర్భవతి అని నిర్ధారణ జరిగిన తరువాత మీరు ఎప్పుడైనా నాలుకపై పుండ్లు, పొక్కులు లేక రేచీకటి లాంటి లక్షణాలతో వారం కన్నా ఎక్కువ కాలం భాధపడ్డారా?</p> <p>a. Sore tongue నాలుకపై పొక్కులు</p> <p>b. Cracks at the corners of the mouth నోటి చివరిలో పగుళ్ళు/పొక్కులు</p> <p>c. Night blindness రేచీకటి</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>MEDICATION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>[_____]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>[_____]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>[_____]</td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	MEDICATION	1	0	[_____]	1	0	[_____]	1	0	[_____]	
YES	NO	MEDICATION													
1	0	[_____]													
1	0	[_____]													
1	0	[_____]													
3.7	<p>Before the pregnancy ended, did you have any vaginal bleeding?</p> <p>గర్భస్రావం జరగక మునుపు మీకు రక్తస్రావం ఏమైనా జరిగినదా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	<p>3.9</p>												
3.8	<p>How many pads/cloths did you use for the bleeding at its heaviest?</p> <p>మీకు రక్తస్రావం (ఎర్రబట్ట) ఎక్కువగా అయినప్పుడు మీరు రోజుకి ఎన్ని ప్యాడ్ లు /బట్టలు వాడారు?</p>	<p>Spotting 1</p> <p>1-2 pads per day..... 2</p> <p>3-4 pads per day3</p> <p>>4 pads per day 4</p> <p>1-2 cloths per day 5</p> <p>3-4 cloths per day 6</p> <p>>4 cloths per day 7</p> <p>Don't know..... 77</p> <p>Did not answer..... 88</p>													

3.9	<p>[Prompt: If the participant did not see a health care provider during their pregnancy, skip to Question #4.1.] During the pregnancy were you told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions? మీరు గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు మీకు డాక్టర్ లేదా ఆరోగ్య సంరక్షకులు ఈ క్రింది వాటిలో ఏమైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా?</p>			
		YES	NO	DON'T KNOW
a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి	1	0	77	
b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు	1	0	77	
c. Swelling of your feet పాదాల వాపు	1	0	77	
d. Swelling of your face ముఖం వాపు	1	0	77	
e. Contractions of your uterus గర్భకోశంలో కాంట్రాక్షన్స్ రావడం	1	0	77	
f. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి	1	0	77	
g. Anemia రక్త హీనత	1	0	77	
h. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు	1	0	77	
i. A vaginal discharge యోని ప్రావము	1	0	77	
j. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు	1	0	77	
k. Jaundice పసికర్లు	1	0	77	
l. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట	1	0	77	
m. Goiter గొంతులో కణితి	1	0	77	
n. Any other pregnancy related condition ఇంకా ఏదైన గర్భధారణకి సంబంధించిన బాధ	1	0	77	
Specify				



LIFE Participant Label Or ID #

GENERAL INFORMATION

1. Personal information

a. Date form completed:	___/___/____ (dd/mm/yyyy)
b. Date and time woman delivered	___/___/____ (dd/mm/yyyy) Time: ___:___ am/pm
c. Participant (Mother's) Name/ID:	
d. Husband's Name:	
e. Home Village, Mandal	
f. Temporary Village, Mandal	
g. Name of recorder:	

GROSS PATHOLOGY

I. Umbilical Cord

1. Type of insertion	__a. Central __b. Eccentric __c. Marginal (Battledore) __d. Velamentous
2. Number of vessels	__2 Vessels __3 Vessels
3. Length of the umbilical cord	___cm
4. Presence of knots	Number/Location 1. _____ 2. _____ 3. _____

5. Abnormalities	___ Meconium stained ___ Maceration ___ Thrombosis ___ Calcification around vessels ___ Other _____ _____ _____
6. Distance from the base of the cord to closest placental margin	___ cm
7. Largest diameter of the umbilical cord	___ cm
8. Smallest diameter of the umbilical cord	___ cm

II. Fetal Membranes

1. General Appearance	___ Intact ___ Torn
2. Insertion Type	___ Normal ___ Circummarginate ___ Circumvallate ___ Disrupted
3. Meconium	___ No ___ Yes ___ Amniotic surface only ___ Between amnion and chorion ___ Discoloration without mucoid substance
4. Abnormalities	___ Cloudiness ___ Foul Odor ___ Exudate

	__ Dusky (Maceration) __ Amnion Nodosum __ Venous Thrombi __ Other _____ _____
--	--

III. Placental Parenchyma

1. Weight of placenta (without cord and membranes)_	__ grams
2. Depth measurements	Thickest Section: __ cm __ cm __ cm Thinnest Section: __ cm
3. Color and texture abnormalities	__ Pale __ Mild __ Marked __ Edematous __ Mild __ Marked __ Hydropic Villi __ Focal __ Diffuse __ Congested (Purple-red and "wet") __ Firm/Fibrous __ Mild __ Marked (dry) __ No abnormalities present

4. Infarction	<input type="checkbox"/> Single Size: ____ cm Location: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Peripheral <input type="checkbox"/> Multiple Size range : ____ cm to ____ cm Location: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Peripheral <input type="checkbox"/> No infarctions
5. Abruptions	<input type="checkbox"/> Single Size: ____ cm Location: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Peripheral <input type="checkbox"/> Multiple Size range: ____ cm to ____ cm Location: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Peripheral <input type="checkbox"/> No abruptions
6. Intervillous Thrombosis	<input type="checkbox"/> Single Size: ____ cm <input type="checkbox"/> Multiple Size range: ____ cm to ____ cm <input type="checkbox"/> No intervillous thrombosis
7. Other abnormalities	<input type="checkbox"/> None present <input type="checkbox"/> Present (Describe) <hr/> <hr/> <hr/>



GENERAL INFORMATION

1. Personal Information

a. Date form completed	___/___/_____(dd/mm/yyyy)
b. Date and time woman delivered	___/___/_____(dd/mm/yyyy) Time:__:__am/pm
c. Participant(Mother's) Name/ID	
d. Husband's Name:	
e. Home village, Mandal	
f. Temporary Village, Mandal	
g. Name of recorder	

II. Pathology Examination

<p>1.Stage</p>	<p>_____Stage 1: Neutrophils present in Subchronic fibrin. Neutrophilic infiltrate should extend for nearly the entire length of the fetal surface on at least one of the slides</p> <p>_____Stage 2: Neutrophils extend up into the chronic plate membranes, involving the chorion,amnion or both emembrances</p> <p>_____Stage 3: The infiltrating neutrophils show evidence of significant apoptosis or there is significant thickening of the amniotic basement membrane</p> <p>_____Other</p> <p>_____No Chorioamniotis Present</p>
----------------	--

LIFE Pilot Study: Pathology Placenta Analysis

<p>2. Grade</p>	<p>_____ Grade 2:</p> <p>⊖ A) continuous band of confluent Neutrophils 10 cells thick involving either one half of the subchorionic fibrin or one complete revolution of the membrane roll</p> <p>⊖ B) three or more microabscesses beneath the chrionic plate or beneath the chrion in the extraplacenta I membrances microabscess is confluent aggregate of neutrophils at least 10×20 cells</p> <p>_____ Grade1: Anything less than Grade 2</p> <p>_____ Does not apply (no chorioamnionitis present)</p>
<p>3. Other</p>	<p>Please note any other abnormalities present:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2009
Life Pilot Study Postnatal Visit Questionnaire

IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel: _____

Husband's Name : _____ Study ID: _____

Wife's Name : _____ Study ID: _____

Date of Interview : / /
DAY MONTH YEAR

Record the Time :
Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

Field Editing	Office Editing
Name: _____	Name: _____
Date: _____	Date: _____

1. HEALTH ఆరోగ్యము

I have some general questions about your health and your health history

1.1	Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు? చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా?	Very good 1 Good 2 Average..... 3 Poor.....4	
1.2	Did you have any of the following in the month before the birth of your baby? మీ కాన్పుకి నెల రోజుల ముందు, మీకేమైన ఈ క్రింది వాటిలో ఉన్నవి ఉన్నాయా? a. Diarrhea విరేచనాలు b. Blood in stools మలంలో రక్తం c. Respiratory infections(cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలయినవి)	YES NO NO. OF DAYS ILL 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	

	<p>d. Throat infections (sore throat) గొంతు వ్యాధులు (పొడి దగ్గు)</p> <p>e. Urinary tract infection ఊత్ర సంబంధ వ్యాధి [Prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination]</p> <p>f. Fever జ్వరం</p> <p>g. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, క్రుంగిపోవుట, భావోద్దేశ సమస్యలు</p>	<p>1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">If all 'NO' , Skip to 1.5</p>	
<p>1.3</p>	<p>Did you receive medical treatment when you were experiencing any of these symptoms? ఈ లక్షణాలు అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీరేమైన వైద్యం తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p style="text-align: center;">1.5</p>
<p>1.4</p>	<p>Where did you go for treatment of these symptoms? ఈ లక్షణాల కొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A Private Clinic or Doctor's Office B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath C MediCiti D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti E Traditional Healer F Some Other Place _____ G Specify Don't know/unknown 77 Did not answer question 88</p>	
<p>1.5</p>	<p>During the month before the birth of your baby, did you take any antibiotic or medication or pills or injection for any infection? మీ కాన్పుకి నెల రోజుల ముందు మీరు ఏదేని ఇన్ఫెక్షన్ కొరకు యాంటి బయాటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know..... 77 Did not answer..... 88</p>	<p style="text-align: center;">1.7</p>
<p>1.6</p>	<p><i>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics</i> ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి యాంటిబయాటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.</p>	<p>Days Taken Medications (specify)</p> <p>1 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

1.7	<p>During the month before the birth of you baby, were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury? మీ కాసుకి నెల రోజుల ముందు, మీరు ఎప్పుడైనా జ్వరం లేక గాయంతో రోజు చేసుకునే పనులు చేయలేక పోయారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>1.9</p>	
1.8	<p>How many days were you unable to do your regular duties because of injury/ illness? ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం/ గాయం వల్ల మీరు రోజు చేయు పనులు చేయలేక పోయారు?</p>	<p>Injury <input type="checkbox"/> Days Illness <input type="checkbox"/> Days</p>		
1.9	<p>During your recent pregnancy were you told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions? ఈ ప్రసవం సమయమున మీకు డాక్టర్ లేక ఆరోగ్య సంరక్షులు ఈ క్రింది వాటిలో ఎవైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా?</p>			
	<p>YES</p>	<p>NO</p>	<p>DON'T KNOW</p>	
a.	1	0	77	
b.	1	0	77	
c.	1	0	77	
d.	1	0	77	
e.	1	0	77	
f.	1	0	77	
g.	1	0	77	
h.	1	0	77	
i.	1	0	77	
j.	1	0	77	
k.	1	0	77	
l.	1	0	77	
m.	1	0	77	
n.	1	0	77	
<p>_____ specify</p>				

2. INFANT HEALTH శిశువు ఆరోగ్యము

Now I have some questions about the health of your new infant.

2.1	What type of delivery did you had? మీకు ఏరకమైన ప్రసవం జరిగినది?	Caesarian.....1 Normal..... 2 Other interventions..... 3 Please specify _____ Don't know.....77 Did not answer..... 88	
2.2	Did you give birth to a boy or a girl? మీరు ప్రసవించినది బాబా లేక పాపా?	Boy..... 1 Girl..... 2 Don't know..... 77 Did not answer..... 88	
2.3	How much did your infant weigh at birth? మీ శిశువు పుట్టిన సమయములో ఎంత బరువు ఉన్నది/ఉన్నాడు?	Grams <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Prompt: Where did this number come from? Mother's Memory 1 Medical Card 2 Don't know/unknown 77 Did not answer question 88	
2.4	Has your infant been healthy since delivery? మీ శిశువు పుట్టినప్పటి నుండి ఆరోగ్యంగా ఉన్నాడా/ఉన్నాడా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	→ 2.6
2.5	What ailments has your infant had since delivery? మీ శిశువు కు పుట్టినప్పటి నుండి ఎలాంటి బాధ ఉంది?	Fever A Rash B Diarrhea C Colic D Reflux E Vomiting F Infection G Don't know..... 77 Did not answer..... 88	
2.6	Has your infant been treated by a health professional since the delivery? మీ శిశువు ను పుట్టినప్పటి నుండి డాక్టర్ కి చూపించారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 2.9
2.7	If yes, what made you decide to seek healthcare? ఏ కారణం చేత మీ శిశువు ను డాక్టర్ కి చూపించాల్సి వచ్చింది?	_____ _____ _____ _____	

<p>2.8</p>	<p>If yes, to what type of health facility/health professional did you take the infant? మీ శిశువు ను ఎలాంటి అరోగ్య కేంద్రం/అరోగ్య సంరక్షకుని దగ్గరకు తీసుకెళ్ళారు?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital) A Private Clinic or Doctor's Office B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath C MediCitiD Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti E ICDS (Anganwadi) Center..... F Medical Store, Drug Store or Shop..... G At my home/At my mother's home with a Traditional Healer H At my home/At my mother's home with a DAI (Traditional Birth Attendant).....I At home/At my mother's home with traditional remedies..... J Some Other Place _____ K <p style="text-align: center;">Specify</p> Don't know/unknown 77 Did not answer question 88</p>	
<p>2.9</p>	<p>Does it seem to you like your infant has gained weight/grown since delivery? పుట్టినప్పటి నుండి మీ శిశువు బరువు పెరిగినట్లు మీకు అనిపిస్తుందా?</p>	<p>Yes.....1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer..... 88</p>	
<p>2.10</p>	<p>Has your infant shown any signs of difficulty breathing since he/she was born? మీ శిశువు పుట్టినప్పటి నుండి శ్వాస తీసుకొనడంలో ఏమైనా ఇబ్బందులు కలుగుతున్నాయా?</p>	<p>Yes..... 1 No.....0 Don't know..... 77 Did not answer..... 88</p>	
<p>2.11</p>	<p>Has your infant had good energy since he/she was born? మీ శిశువు పుట్టినప్పటి నుండి హుషారుగా ఉన్నాడా/ఉన్నదా? [Prompt: has he/she been crying, moving arms and legs, waking up for feedings/changings. Or has the infant been sleeping all the time, difficult to rouse for feedings] [[ప్రేరేపించు: పాప/బాబు ఏడుస్తున్నారా, కాళ్ళు మరియు చేతులు కదిలిస్తున్నారా, పాలు త్రాగించేటప్పుడు/ డైపర్ మార్చేటప్పుడు నిద్రలేస్తున్నారా. లేక బిడ్డ ఎప్పుడూ నిద్ర పోతూనే ఉన్నారా, పాలు ఇవ్వడం కూడా కష్టంగా ఉంటుందా]</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know..... 77 Did not answer..... 88</p>	

3. INFANT FEEDING శిశువు ఆహార సంరక్షణ			
3.1	Did you ever breastfeed your newborn infant? మీ శిశువు కు ఎప్పుడైనా మీ పాలు పట్టారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer..... 88	→ 3.3
3.2	Why did you not breastfeed? ఎందుకు మీ పాలు పట్టలేదు?	Mother ill/weak..... 1 Child ill/weak..... 2 Nipple/breast problem..... 3 Insufficient milk..... 4 Mother working..... 5 Other (specify)..... 6 Don't know.....77 Did not answer..... 88	} 3.9
3.3	How long after birth did you first put your infant to the breast? శిశువు పుట్టిన తరువాత మొదట ఎంత సేపటికి మీ బిడ్డను మీ రొమ్ము దగ్గర పెట్టారు? <i>(If less than half an hour, circle '000'.If more than 30 minutes but less than one hour, record '00' hours. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)</i>	Immediately/within half an hour.....000 HOURS <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS <input type="text"/> <input type="text"/>	
3.4	Did you squeeze out the milk from the breast before you first put your infant to the breast? శిశువు కు మొదటిసారి మీ పాలిచ్చేముందు మీ పాలని పిండి పారేసారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know..... 77 Did not answer..... 88	
3.5	Are you currently breastfeeding your newborn infant? ప్రస్తుతం మీ శిశువు కు మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes..... 1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer..... 88	→ 3.7
3.6	How many times per day do you breastfeed your infant? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు ఇస్తున్నారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> Times	→ 3.9
3.7	For how many days did you breastfeed your infant ? ఎన్ని రోజులు మీ శిశువు కి మీ పాలు ఇచ్చారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> Days	
3.8	Why did you stop breast feeding ? ఎందుకని మీ శిశువు కు మీ పాలు పట్టడం ఆపేసారు?	Mother ill/weak..... 1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Don't know..... 77 Did not answer..... 88	

3.9	Did your infant drink anything from a bottle with a nipple yesterday or last night? నిన్న లేక మొన్న రాత్రి గాని ఎప్పుడైనా మీ శిశువు కి ఏదైనా సీసాలో పోసి నిప్పల్ తో త్రాగించారా?	Yes..... 1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer..... 88	→ 3.11																																
3.10	At any time yesterday or last night, was your infant given any of the following: నిన్న లేక మొన్న రాత్రి గాని ఎప్పుడైనా మీ శిశువు కి ఏదైనా సీసాలో పోసి నిప్పల్ తో త్రాగించారా? a. Plain water? మంచి నీళ్ళు b. Powdered milk? పౌడరు పాలు c. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు d. Any other liquid? (specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి) _____ e. Green, leafy vegetables? ఆకుపచ్చ, ఆకు కూరగాయలు f. Fruits? ఫలాలు g. Any other solid or mushy food? ఏదైనా గట్టి ఆహార పదార్థములు	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	DON'T KNOW	1	0	77	1	0	77	1	0	77	1	0	77	1	0	77	1	0	77	1	0	77									
YES	NO	DON'T KNOW																																	
1	0	77																																	
1	0	77																																	
1	0	77																																	
1	0	77																																	
1	0	77																																	
1	0	77																																	
1	0	77																																	
3.11	In the last seven days, how often did you give your infant the following: గడచిన వారంలో ఎంత తరచుగా ఈక్రింది వాటిని మీ శిశువు కి ఇచ్చారు/త్రాగించారు? a) Plain water? మంచి నీళ్ళు b) Powdered milk? పౌడరు పాలు c) Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు d) Any other liquid? ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు e) Green, leafy vegetables? ఆకుపచ్చ, ఆకు కూరగాయలు f) Fruits? ఫలాలు g) Any other solid or mushy food? ఏదైనా గట్టి ఆహార పదార్థములు	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Every Day</th> <th>Some Days</th> <th>Never</th> <th>Don't Know</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>	Every Day	Some Days	Never	Don't Know	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	
Every Day	Some Days	Never	Don't Know																																
1	2	3	77																																
1	2	3	77																																
1	2	3	77																																
1	2	3	77																																
1	2	3	77																																
1	2	3	77																																
1	2	3	77																																
3.12	How many times per day do you feed your infant something other than breast milk (water, powdered milk, other milk, other liquids)? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు కాకుండా వేరేవి త్రాగిస్తున్నారు (మంచి నీళ్ళు, పౌడరు పాలు, ఇతర పాలు లేక ఇంకేమైనా ద్రవ పదార్థాలు)?	Feedings per day	<input type="text"/>																																

<p>3.13</p>	<p>Do you have any other young children that you are also nursing at this time in addition to the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా వేరే చంటిబిడ్డలను కూడ సంరక్షిస్తున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>4.1</p>
<p>3.14</p>	<p>How many other young children are you also nursing, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా ఎంత మంది చంటిబిడ్డలను కూడ సంరక్షిస్తున్నారు?</p>	<p><input type="checkbox"/> Children nursing, excluding the newborn</p>	

4. DEPRESSION అధైర్యం/ కృంగుదల

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you cannot take care of yourself or your family.

తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ మానసిక ఆరోగ్యం గూర్చి ఉంటాయి. ఈ 5 ప్రశ్నలతో మీరు మానసిక లక్షణాలు ఏమైనా అనుభవించారా అని తెలుసుకుంటాం. ఈ ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే మీరు కృంగిపోయిన స్థితిలో ఉన్నారని కాదు, కాని ఈ లక్షణాలు సర్వ సాధారణం ఏదో ఒక సమయాల్లో ఉంటాయి. ప్రజలు వారి జీవితంలోని ఒత్తిడి, పనిలో ఒత్తిడి లేక కుటుంబంలో సమస్యల వల్ల కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. జీవితంలో అన్ని సౌఖ్యంగా జరుగుతున్నప్పుడు కూడా ఏ కారణం లేకుండానే కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. విషాదాలు లేక ఎగుడు దిగుడు ఏదో సమయాల్లో ఖచ్చితంగా సర్వ సాధారణము. మీరు ఏ లక్షణాలు అనుభవించారో ఏ లక్షణాలు మీ జీవితాన్ని కలత పరిచాయో అనేది మేము తెలుసుకోవాలని ఇష్ట పడుచున్నాము. ఉదా: ఒక కుటుంబం లో సభ్యుడు చనిపోతే భాదపడడం అనేది సహజం కాని మీరు అటువంటి భాదను మీ ఎవరూ చనిపోకుండానే అనుభవిస్తున్నారా లేక అటువంటి భాదకు గురి అయి కనీసం మీ గురించి మరియు మీ కుటుంబం గురించి శ్రద్ధ తీసుకోలేకపోతున్నారా అనేది మేము తెలుసుకోవాలనుకుంటున్నాము.

<p>4.1</p>	<p>Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? మీరు కృంగిపోవడం అనే భావన లేక నిరాశా భావాలు కలిగి యున్నారా? <i>(Probe: Have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis?</i> <i>(ప్రేరేపించు: మాకు పరిస్థితులు ఎప్పుడు బాగుపడవు. నేను సంతోషంగా ఉండును, ప్రతీది తప్పు జరుగుతుంది అనే ఆలోచనలు మిమ్మల్ని ఎక్కువగా భాద పట్టి రోజువారీ పనులు చేసుకోవడం కష్టంగా ఉంటుందా?)</i></p>	<p>Yes..... 1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer 88</p>	
------------	---	--	--

<p>4.2</p>	<p>Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? మీరు సంతోషించు సమయాన తక్కువ ఆనందం పొందానని అనిపించిందా? <i>(Probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?)</i> (ప్రేరేపించు: మీరు ఇష్టముతో చేయు పనులు అనగా, టి.వి.చూడడం, స్నేహితులతో గడపడం మీకు సంతోషాన్ని ఇవ్వడం లేదా?)</p>	<p>Yes..... 1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer 88</p>	
<p>4.3</p>	<p>Have you lost weight without any specific attempt to lose weight? మీరు ఏమి ప్రయత్నం చేయకుండానే బరువు తగ్గారా? <i>(Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?)</i> (ప్రేరేపించు: మీ బట్టలు మీకు వదులుగా ఉన్నాయా లేక ఎవరైనా మీరు ముందుకన్నా సన్నగా కనబడుతున్నారని చెప్పారా?)</p>	<p>Yes..... 1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer 88</p>	
<p>4.4</p>	<p>Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా గాని, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరి కంటే ముందే నిద్ర లేవడం వంటివి వున్నాయా?</p>	<p>Yes..... 1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer 88</p>	
<p>4.5</p>	<p>Do you have suicidal ruminations? మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలని ఆలోచనలు కలుతాయా? <i>(Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life)</i> (ప్రేరేపించు: మీ జీవితం అంతం చేసుకోవాలని ఎప్పుడైనా అనిపించిందా?)</p>	<p>Yes..... 1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer 88</p>	

<p>5. CIGARETTE / BIDI EXPOSURE</p>			
<p>Present Smoking</p>			
<p>5.1</p>	<p>Do you smoke cigarettes or bidi now? ఇప్పుడు మీరు సిగరెట్లు లేదా బీడీ త్రాగుతున్నారా?</p>	<p>Yes (cigarettes).....1 Yes (bidi).....2 No.....0 Don't know.....77 Did not answer..... 88</p>	<p>} 6.1</p>

5.2	<p>How long have you been smoking at least 3 times per week? ఎప్పటి నుండి మీరు వారానికి కనీసం 3 సార్లు పొగత్రాగుతున్నారు?</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Years smoking bidi <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Years smoking cigarettes. If <1 year <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> months smoking bidi. If <1 year <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> months smoking cigarette.</p>	
5.3	<p>How many cigarettes or bidi do you currently smoke per day? ప్రస్తుతం మీరు రోజుకి ఎన్ని సిగరెట్లు లేక బీడీ లు త్రాగుతున్నారు?</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Cigarettes per day <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Bidi per day</p>	

6. Vitamins			
6.1	<p>Are you currently taking any vitamins? ప్రస్తుతం మీరు ఏవైనా విటమిన్ బిళ్ళలు వాడుతున్నారా? (PROMPT: with names of local multi-vitamins or prenatal vitamins)</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	7.1
6.2	<p>What are the vitamins you are taking? మీరు ఏయే విటమిన్ బిళ్ళలు తీసుకుంటున్నారు? [PROMPT: Ask to see bottle and record the name of the vitamins.]</p>	<p>Vitamin C A Vitamin A B Vitamin B12 C Calcium D Vitamin D E Vitamin E F Folic Acid G IFA Tablets H Other _____ I (Specify) Don't know..... 77 Didn't answer.....88</p>	
6.3	<p>When did you start taking the vitamins/tablets? మీరు విటమిన్ బిళ్ళలు వేసుకోవడం ఎప్పటి నుండి మొదలు పెట్టారు?</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Month Year OR Month of Pregnancy <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Don't know..... 77 Didn't answer.....88</p>	
6.4	<p>When you first got them, how often did you take the vitamins/tablets? మీరు విటమిన్ బిళ్ళలు ఎప్పుడు తాచుకున్నారు, ఎంత తరచుగా వేసుకున్నారు?</p>	<p>1 each day1 2 each day2 3 or more each day 3 1-3 each week 4 4-6 each week5 Only a few days a month..... 6 Other _____ 7 (Describe) Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	

6.5	<p>Since then, did you change how often you were taking the vitamins/tablets?</p> <p>మీరు విటమిన్లు తీసుకోవడం మొదలు పెట్టినప్పటి నుండి ఎంత తరచుగా మీ క్రమమును మార్చి వేసారు?</p>	<p>No change 1</p> <p>Stopped for >1 week 2</p> <p>Took more vitamins 3</p> <p>Took fewer vitamins 4</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer..... 88</p>	→ 7.1
6.6	<p>Did you stop because you were experiencing nausea or vomiting?</p> <p>మీకు కడుపులో తిప్పడం లేక వాంతి కలగడం వలన ఆపు చేసారా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	→ 6.8
6.7	<p>Why did you stop taking the vitamins?</p> <p>మీరు విటమిన్ బిళ్ళలు వేసుకోవడం ఎందుకు మాని వేసారు?</p>	<p>Describe: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
6.8	<p>In the last seven days, how many days did you take a multi vitamin?</p> <p>గడచిన వారములో ఎన్ని రోజులు మీరు విటమిన్ బిళ్ళలు తీసుకున్నారు?</p>	<p>Every day 1</p> <p>6 days 2</p> <p>5 days 3</p> <p>4 days 4</p> <p>3 days 5</p> <p>2 days 6</p> <p>1 days 7</p> <p>No days 8</p>	

7. PESTICIDES AND POTENTIAL EXPOSURE క్రిమి సంహారకాలు మరియు ప్రభావము

Pesticides include many types of chemicals used to repel, kill, or control unwanted weeds, insects, rodents, fungi, or bacteria. They are used on crops, animals, buildings, or roads.

చాల రకాల రసాయనాలను గృహ కీటకాలను వెళ్ళగొట్టుటకు, చంపుటకు, కలుపు మొక్కలను అరికట్టుటకు, పురుగులను, ఎలుకలను, పుట్టగొడుగులను లేక బాక్టీరియాలను అదుపు చేయుటకు, పంటలకు, జంతువులకు, ఇళ్ళు మరియు రోడ్లు నిర్మాణాలకు వాడతారు

7.1	<p>In the month before you gave birth did you mix, apply spray, process, or use pesticides?</p> <p>మీ కాన్పుకి నెల రోజుల ముందు, మీరు పురుగుల మందును కలపడం, చల్లడం లేక వాడారా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No..... 0</p> <p>Don't know..... 77</p> <p>Didn't answer.....88</p>	} 8.1
7.2	<p>In the month before you gave birth where did you mix, apply, spray, process or used pesticides?</p> <p>మీ కాన్పుకి నెల రోజుల ముందు, పురుగుల మందు ఎక్కడ చల్లారు?</p>	<p>Inside the house.....A</p> <p>Outside the house.....B</p> <p>Farm.....C</p> <p>Work place.....D</p> <p>Other _____ E</p> <p>(specify)</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Didn't answer.....88</p>	

7.3	Who used these pesticides? పురుగుల మందు ఎవరు చల్లతారు?	Wife(participant).....1 Husband.....2 Other family members.....3 Servants/workers.....4 Government people.....5 Others_____ 6 Don't know..... 77 Didn't answer.....88					
7.4	When you used/applied the pesticide product(s), did you wear any protective clothing? క్రిమి సంహారకాలు వాడుతున్నప్పుడు మిమ్మల్ని మీరు కాపాడుకోనుటకు ఏమైనా రక్షకాలు ధరిస్తారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Didn't answer.....88	} 7.6				
7.5	What did you wear? మీరు ఏమి ధరిస్తారు?	Face mask.....1 Gloves.....2 Other_____ 3 (Specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88					
7.6	What are the names of the pesticides you used in the month before you gave birth? మీ కాన్పుకి నెల రోజుల ముందు, మీరు పని చేయు స్థలంలో వాడిన క్రిమి సంహారకాల పేర్లు తెలపండి.	_____ _____ _____ (specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88					
7.7	How often were the following pesticides used at your work in the month before you gave birth? మీ కాన్పుకి నెల రోజుల ముందు, ఎంత తరచుగా మీరు పని చేయు స్థలంలో ఈ క్రింది క్రిమి సంహారకాలను వాడారు?						
	Type of pesticides క్రిమి సంహారకాల రకములు	Once per day	Several times per week	Once per week	Once per month	Once in three months	Never
	a. Insecticides to kill bugs/mosquitoes దోమలను, నల్లలను చంపు క్రిమి సంహారకాలు	1	2	3	4	5	6
	b. Herbicides (weed killer) కలుపు మొక్కలను చంపు మందులు	1	2	3	4	5	6
	c. Rodenticides to kill rats and mice ఎలుకలను మరియు చిట్టెలుకలను చంపు రోడెంటి సైడ్స్	1	2	3	4	5	6
	d. Fungicides to kill mold or fungus ఫంగస్ ను చంపు ఫంగిసైడ్స్	1	2	3	4	5	6
	e. Bactericides to kill bacteria బాక్టీరియాను చంపు బాక్టీరీసైడ్స్	1	2	3	4	5	6
	f. Others ఇతరములు (specify) వివరించండి	1	2	3	4	5	6

8. ANIMALS AND LIVESTOCK జంతువులు మరియు పశువులు			
8.1	In the month before you gave birth, did you tend animals outside the home (i.e. on a farm)? మీ కాన్పుకి నెల రోజుల ముందు, మీరు ఏవైనా జంతువులను ఇంటి బయట(పొలంలో) పెంచారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Didn't answer.....88	8.3
8.2	In the month before you gave birth, what animals and how many did you tend? a. Dogs కుక్కలు b. Cats పిల్లలు c. Goats మేకలు d. Sheep గొర్రెలు e. Chicken or ducks కోళ్ళు లేదా బాతులు f. Buffaloes and cows గేదెలు మరియు ఆవులు g. Donkeys గాడిదలు h. Other -----(Specify) ఇతరములు వివరించండి	Yes No Number 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.3	Do you or your family keep any animals inside or near your home? మీరు గానీ మీ కుటుంబం గానీ ఇంట్లో లేక ఇంటి దగ్గర ఏవైనా జంతువులు ఉంచారా / పెంచుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Didn't answer.....88	9.1
8.4	What animals and how many do you have? ఏ యే జంతువులు మరియు ఎన్ని ఉన్నాయి? a. Dogs కుక్కలు b. Cats పిల్లలు c. Goats మేకలు d. Sheep గొర్రెలు e. Chicken or ducks కోళ్ళు లేదా బాతులు f. Buffaloes and cows గేదెలు మరియు ఆవులు g. Donkeys గాడిదలు h. Other -----(Specify) ఇతరములు వివరించండి	Yes No Number 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

9. PHYSICAL ACTIVITY వ్యాయామము/ భౌతిక చర్య

The following questions ask about your work and sleep habits during the past week
 వారంలో మీ యొక్క పని మరియు నిద్ర అలవాట్లపై ఈ క్రింది ప్రశ్నలు అడుగుతాను.

9.1	How many people, including you, live in your house ? మీతో కలిపి మీ ఇంట్లో ఎంత మంది ఉంటారు?	Number	<input type="text"/> <input type="text"/>
9.2	How many servants help you in the house/ on farm? మీ ఇంట్లో/పొలములో ఎంత మంది పని మనుష్యులు ఉన్నారు?	At house On farm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9.3	On a typical day <u>this past week</u> , what time did you usually go to bed and what time did you usually wake up? గడచిన వారంలో ప్రత్యేకంగా ఒక రోజులో మీరు మామూలుగా ఏ సమయంలో నిద్ర లేచారు?	Go to bed Wake up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AM
9.4	On a typical day this past week, how much additional time did you sleep during the day? గడచిన వారంలో ఒక రోజులో ఎంత సమయము ఎక్కువగా నిద్ర పోయారు?	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours per day	

9.5 Please describe your daily schedule or routine for a typical day during the past week.
Prompt: As the woman describes her routine, probe for amount of time spent doing each activity.
 దయచేసి గత వారంలో ప్రత్యేకంగా ఒక రోజులో మీరు చేయు పనులు వివరించండి. స్త్రీ తన రోజు వారి పనులలో ప్రతి పని కొరకు ఎంత సమయం కేటాయిస్తుందో ఈ క్రింది పట్టికలో వ్రాయండి..

	Morning (before 12.00 noon)	Afternoon (12.00 noon-4.00pm)	Evening (4.00pm onwards)
Domestic work			
		Time spent	Time spent
a) Sweeping	Yes 1 No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0
b) Cooking	Yes 1 No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0
c) Serving food to the household members	Yes 1 No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0
d) Washing utensils	Yes 1 No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0
e) Washing clothes/laundry	Yes 1 No 0	<input type="text"/> <input type="text"/> Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Minutes	Yes 1 No 0

f) Care of children	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
g) Care of animals	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
Other Work									
h) Farming/Gardening	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
i) Labour, construction work	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
j) Stitching	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
k) Other _____ (specify)	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
Resting									
l) Nap	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes
m) Watch TV	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours	Yes 1	<input type="text"/>	Hours
	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes	No 0	<input type="text"/>	Minutes

COOKING వంట

9.6	After your recent delivery, have you started doing kitchen work, cooking rice for your family members? ఈ బిడ్డ పుట్టిన తరువాత, మీరు మీ కుటుంబ సభ్యులకు వంట చేయడం మొదలు పెట్టారా?	Yes..... 1 No..... 2 → 9.13 Don't know..... 77 Didn't answer..... 88
9.7	In the past week, how much rice did you cooked in a typical day? (Include morning, midday, evening meals) గడచిన వారంలో రోజుకి ఎన్ని కేజీల బియ్యం వండారు? (ఉదయం, మధ్యాహ్నం మరియు రాత్రి భోజనాలు కలుపు కొని)	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg per day Don't know.....77 Didn't answer.....88
9.8	In the past week, where did you buy/obtain the rice that you cooked for your family? గడచిన వారంలో మీ కుటుంబానికి వంట చేయుటకు కావలసిన బియ్యము ఎక్కడ నుండి తెచ్చుకుంటారు?	Family's own paddy..... A Local / neighbor's paddy..... B Buy from grocer..... C Buy from government/ ration shop.....D Other _____ E (specify) Don't know..... 77 Didn't answer..... 88

9.9	Where is the cooking done at your house? మీ ఇంట్లో వంట ఎక్కడ చేస్తారు?	In the designated kitchen..... 1 In common room used for other activities...2 Outside house..... 3 → 9.12 Others _____(specify) 4 Don't know.....77 Didn't answer.....88	
9.10	Is there a vent above the cooking area? మీరు వంట చేయు స్థలము పైన కన్నము ఉన్నదా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Didn't answer.....88	
9.11	Is there a window that you open near the cooking area? మీరు వంట చేయు స్థలము దగ్గర కిటికీ ఉన్నదా?	Yes..... 1 No.....0 Don't know.....77 Didn't answer.....88	
9.12	In the past week, how many hours per day have you been exposed to cooking fires? గడచిన వారంలో వంట చేయునప్పుడు మీరు మంటకు ఎంతసేపు గురి అయ్యారు?	Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know.....77 Didn't answer.....88	
9.13	What type of fuel does your household mainly use for cooking? మీరు వంట చేయుటకు ఏ రకమైన ఇంధనం వాడతారు?	Firewood / crop residuals..... A Electricity..... B LPG/Natural gas..... C Gobar or bio gas..... D Kerosene..... E Coal/Lignite..... F Charcoal..... G Straw/shrubs/grass..... H Dung / dung cake..... I Other _____ J (specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88	} 10.1
9.14	In the past week, who has fetched the firewood most often? గడచిన వారంలో వంట వండడానికి కావలసిన కట్టెలు ఎవరు తెచ్చారు?	Wife (participant)..... 1 Husband.....2 Children.....3 Other _____(specify)4 Don't know.....77 Didn't answer.....88	} 10.1
9.15	How do you go to fetch firewood? మీరు కట్టెలు తెచ్చుకునుటకు ఎలా వెళ్తారు?	Walking.....1 Bicycle.....2 2-wheeler.....3 Other.....4 (Specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88	

9.16	How far do you have to go to fetch firewood? మీరు కట్టెలు తెచ్చుకునుటకు ఎంత దూరము నడిచి వెళ్ళవలసి ఉంటుంది?	≤1 KM..... 1 1-3 KM.....2 More than 3KM..... 3 Don't know..... 77 Didn't answer..... 88	
9.17	In the past week, how often have you fetched firewood? గడచిన వారంలో, వంట వండడానికి కావలసిన కట్టెలు ఎన్ని సార్లు తెచ్చారు?	Times per week <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know.....77 Didn't answer.....88	
9.18	How long does it take to go there, collect firewood, and come back in one trip? ఒక ట్రిప్పికి వెళ్ళి కట్టెలు తీసుకొని రావడానికి ఎంత సమయం పడుతుంది?	Minutes <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77 Didn't answer.....88	
10. WATER SOURCES			
10.1	What is the source of water you use for drinking? మీరు త్రాగడానికి ఏ రకమైన నీటిని వాడతారు?	Purchased cans..... A Piped (tap)..... B Bore hand pump..... C Open well..... D Other _____ E (Specify) Don't know..... 77 Didn't answer..... 88	
10.2	What is the source of water you use for cooking? మీరు వంట చేయడానికి నీటిని ఎక్కడ నుండి తెచ్చుకుంటారు?	Purchased cans..... A Piped (tap)..... B Bore hand pump.....C Open well..... D Others (Specify) _____ E Don't know..... 77 Didn't answer..... 88	
10.3	What do you usually do to the water to make it safer to drink? మీరు త్రాగు నీటిని ఎలా సురక్షితం/ శుభ్రం చేస్తారు?	No preparation.....A Boiling.....B Chlorination.....C Use water Filter.....D Use Electronic Purifier.....E Sedimentation..... F Other (specify) _____G Don't know..... 77 Didn't answer.....88	
10.4	Where is the water source located? నీరు తెచ్చుకును ఆధారం ఎక్కడ ఉంది?	In own building 1 In own yard/plot..... 2 Elsewhere (outside)..... 3 Don't know..... 77 Didn't answer..... 88	} 10.10

10.5	Do you yourself travel to fetch water for your household? మీ ఇంటికి కావలసిన నీరు మీరే వెళ్ళి తెచ్చుకుంటారా?	Yes..... 1 No..... 0 → 10.10 Don't know.....77 Didn't answer.....88	
10.6	How far do you travel to fetch water? మీరు నీళ్ళు తెచ్చుకునుటకు ఎంత దూరము ప్రయాణించి వెళతారు?	≤ 1km..... 1 1-3 km..... 2 > 3 km.....3 Don't know.....77 Didn't answer.....88	
10.7	How do you travel to fetch the water? మీరు నీళ్ళు తెచ్చుకునుటకు ఏ విధంగా ప్రయాణించి వెళతారు?	Walking.....1 Bicycle.....2 Motorcycle.....3 Other (specify)_____ 4 Don't know.....77 Didn't answer.....88	
10.8	How long does it take to go there, get water, and come back in one trip? ఒక సారి వెళ్ళి తీసుకొని వచ్చుటకు ఎంత సమయం పడుతుంది?	Minutes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know.....77 Didn't answer.....88	
10.9	How often do you fetch water and how much do you carry each time? మీరు ఎంత తరచుగా నీళ్ళు తెచ్చుకుంటారు మరియు ప్రతిసారికి ఎన్ని నీళ్ళు తెస్తారు?	Trips per day <input type="text"/> <input type="text"/> Containers per trip <input type="text"/> <input type="text"/> Liters in container #1 <input type="text"/> <input type="text"/> Liters in container #2 <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know.....77 Didn't answer.....88	
10.10	How is water collected from the source into the carrying container? మీరు నీరు లభించే స్థలం నుండి పాత్రలోకి ఏ విధంగా పట్టుకుంటారు?	Piped direct, no carrying container.....1 Direct from source into carrying container (i.e. buy water and it is put directly into your can)..... 2 Cloth covers collecting container as a filter..... 3 One container is used to transfer water from source to carrying container..... 4 Other method(specify)_____ 5 Don't know.....77 Didn't answer.....88	
10.11	How is drinking water stored? మీరు త్రాగు నీటిని ఏ విధంగా నిల్వ చేస్తారు?	In the container.....1 Pots..... 2 Drums / cans..... 3 Overhead tank..... 4 Other_____ 5 (specify) Don't know..... 77 Didn't answer..... 88	

10.12	How frequently do you clean/change the carrying container? ఎంత తరచుగా మీరు నీటిని నిల్వ చేయు పాత్రను శుభ్రం చేస్తారు? <i>Probe – if cleaned when it becomes empty, ask how often that happens.</i>	Daily..... 1 Once a week..... 2 Fortnightly..... 3 Once a month..... 4 Other _____ 5 (specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88	
10.13	If you clean/wash water containers, how do you wash? ఒకవేళ నీటిని నిల్వ చేయు పాత్రలను శుభ్రపరిస్తే దేనితో శుభ్రపరుస్తారు?	Washing powder or soap..... 1 Rinsed with water only..... 2 Other _____ 3 (specify) Don't know..... 77 Didn't answer..... 88	
11. OCCUPATION వృత్తి			
I would like to start by asking you about any work you do outside of your home, even if it's seasonal or part-time work. We would like to know about the environment in which you work. నేను మీరు చేస్తున్న పని గూర్చి (మీ ఇంటి బయట పని, కాలాలను బట్టి చేసే పని లేక పార్టు టైం పనులకు సంబంధించిన) ఆ చుట్టు ప్రక్కన ఉన్న వాతావరణము గురించి తెలుసుకోవాలని అడుగుతున్నాను.			
11.1	In the past week, have you worked outside the home? గడచిన వారంలో, మీరు ఇంటి బయట పని చేసారా?	Yes.....1 No..... 0 Don't know..... 77 Didn't answer..... 88	} END
11.2	What is your occupation? మీరు ఏమి పని చేస్తారు?	Work on own agricultural land.....1 Work on someone else land on lease.....2 Agricultural labourer.....3 Construction labourer.....4 Brick factory labour work.....5 Factory work (e.g. sewing).....6 Domestic help (someone else house)..... 7 Retail/selling things.....8 Private service.....9 Artisan/traditional caste occupation.....10 Government service.....11 Other _____ 12 (specify) Don't know..... 77 Didn't answer.....88	
11.3	In the past week, how many days did you work (agriculture/labour) outside the home? గడచిన వారంలో, మీరు ఎన్ని రోజులు ఇంటి బయట(వ్యవసాయం/కూలి) పని చేసారు?	Days <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know..... 77 Didn't answer.....88	

11.4	In the past week, on days you have worked outside the home how many hours have you worked? గడచిన వారంలో, మీరు ఇంటి బయట పని చేసిన రోజులలో ఎన్ని గంటలు పని చేసారు?	Hours <input type="text"/> <input type="text"/> Don't know.....77 Didn't answer.....88	
11.5	In the past week, how far have had to travel from your home to get to work? గడచిన వారంలో, మీరు పని చేసిన స్థలము నుండి మీ ఇంటి నుండి ఎంత దూరము?	≤ 1 km..... 1 More than 1 km, ≤ 3 km..... 2 More than 3 km, ≤ 5 km.....3 More than 5km..... 4 Working at home.....5 Don't know..... 77 Didn't answer..... 88	
11.6	In the past week, how have you traveled to your work? గడచిన వారంలో, మీరు పనికి ఏ విధంగా ప్రయాణించి వెళ్ళారు?	Walking..... A Bicycle B Motorcycle / 2 wheeler..... C Car..... D Bus..... E Other _____ F (specify) Don't know..... 77 Didn't answer..... 88	

THANK THE RESPONDENT FOR THE CO-OPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS

RECORD THE TIME: _____

Hours AM/PM

Minutes



SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
 Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2011
Life Pilot Study 6 Month Post-Delivery Visit Questionnaire
IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel : _____

Husband's Name : _____ Study ID : _____

Wife's Name : _____ Study ID : _____

Infant's Name : _____ Date of Birth : _____

Date of Interview : / / Age in completed months ____
 DAY MONTH YEAR

Record the Time of Interview
 Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

1. HEALTH			
I have some general questions about your health and your health history			
1.1	Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు? చాలా బాగుండా, బాగుండా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4	
1.2	Did you have any of the following in the past month? గత నెలలో మీకేమైనా ఈ క్రింది వాటిలో ఉన్నవి ఉన్నాయా ? a. Diarrhea విరేచనాలు b. Blood in stools మలంలో రక్తం c. Respiratory infections(cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలయినవి) d. Throat infections (sore throat) గొంతు వ్యాధులు (పొడి దగ్గు) e. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధ వ్యాధి [prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination] f. Fever జ్వరం g. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, క్రంగిపోవుట, భావోద్వేగ సమస్యలు	YES NO NO. OF DAYS ILL 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	
		If all 'NO' , Skip to 1.5	

1.3	Did you receive medical treatment when you were experiencing any of these symptoms? ఈ లక్షణాలు అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీరేమైన వైద్యం తీసుకున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	1.5
1.4	Where did you go for treatment of these symptoms? (Record all responses reported) ఈ లక్షణాల కొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు?	UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital)..... A Private Clinic or Doctor's Office.....B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath.....C MediCiti.....D Private Nursing Home or Private Hospital - Other than MediCiti.....E Traditional Healer.....F Some Other Place _____ G Specify Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88	
1.5	In the past month, have you taken any antibiotic or medication or pills or injection for any infection? గత నెలలో మీరు ఏదేని ఇన్ఫెక్షన్ కొరకు యాంటి బయాటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	1.7
1.6	<i>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics</i> ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి యాంటిబయాటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.	Days Taken Medications (specify) 1 _____ <input type="text"/> <input type="text"/> 2 _____ <input type="text"/> <input type="text"/> 3 _____ <input type="text"/> <input type="text"/> 4 _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.7	During the past month, were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury? గత నెలలో మీరు ఎప్పుడైనా జ్వరం లేక గాయంతో రోజు చేసుకునే పనులు చేయలేక పోయారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	1.9
1.8	How many days were you unable to do your regular duties because of injury/illness? ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం/ గాయం వల్ల మీరు రోజు చేయు పనులు చేయలేక పోయారు?	Injury <input type="text"/> <input type="text"/> Days Illness <input type="text"/> <input type="text"/> Days	
1.9	In the past 3 months, have you been told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions? గత మూడు నెలల్లో మీకు డాక్టర్ లేక ఇతర ఆరోగ్య సంరక్షకులు ఈ క్రింది వాటిలో ఏమైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా?		

	YES	NO	DON'T KNOW
a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి	1	0	77
b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు	1	0	77
c. Swelling of your feet పాదాల వాపు	1	0	77
d. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి	1	0	77
e. Anemia రక్త హీనత	1	0	77
f. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు	1	0	77
g. A vaginal discharge యోని ప్రావము	1	0	77
h. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు	1	0	77
i. Jaundice పసికర్లు	1	0	77
j. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట	1	0	77
k. Goiter గొంతులో కణితి	1	0	77
l. Any other health condition ఇంకా ఏదైన ఆరోగ్య సమస్య	1	0	77
Specify			

2. DEPRESSION

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you cannot take care of yourself or your family.

2.1	Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? <i>(Probe: Have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis?)</i> మీరు కృంగి పోవడం అనే భావన లేక నిరాశ భావాలు కలిగి యున్నారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88
-----	---	---

2.2	Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? <i>(Probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?)</i> మీరు సంతోషించు సమయాన తక్కువ ఆనందం పొందానని అనిపించిందా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.3	Have you lost weight without any specific attempt to lose weight? <i>(Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?)</i> మీరు ఏమి ప్రయత్నం చేయకుండానే బరువు తగ్గారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.4	Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరి కంటే ముందే నిద్రలేవడం వంటివి ఉన్నాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.5	Do you have suicidal ruminations? <i>(Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life)</i> మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలని ఆలోచనలు కలుగుతాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
3. INFANT HEALTH			
Now I have some questions about the health of your new infant.			
3.1	Did you give birth to a girl or a boy? మీరు ప్రసవించినది బాబు లేక పాప?	Girl.....1 Boy.....2	
3.2	How much did your infant weigh at the time of birth? మీ శిశువు పుట్టినప్పుడు ఎంత బరువు ఉన్నది/ఉన్నాడు?	Grams <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Prompt: Where did this number come from?</i> Mother's Memory.....1 Medical Card.....2 Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88	
3.3	Would you say your infant's health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ శిశువు ఆరోగ్యం చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగాలేదా ?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4	
3.4	Does it seem to you that your infant has gained weight/grown bigger in the past 3 months? గత 3 నెలల కాలంలో మీ శిశువు బరువు పెరిగినట్లు మీకు అనిపిస్తుందా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
3.5	Has your infant shown any signs of difficulty breathing in the past 3 months?	Yes.....1	

	<p>మీ శిశువు గత 3 నెలల కాలంలో శ్వాస తీసుకొవడంలో ఏమైనా ఇబ్బందులు కలుగుతున్నాయా ?</p>	<p>No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>																																													
3.6	<p>Has your infant had good energy since he/she was born? [Prompt: has he/she been crying, moving arms and legs, waking up for feedings/changings. Or has the infant been sleeping all the time, difficult to rouse for feedings] మీ శిశువు పుట్టినప్పటి నుండి హుషారుగా ఉన్నాడా/ఉన్నాదా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>																																													
3.7	<p>What ailments has your infant had in the past month? మీ శిశువుకి గత నెల రోజుల నుండి ఎలాంటి బాధ ఉంది ?</p> <p>a. Fever జ్వరం</p> <p>b. Rash దురదలు</p> <p>c. Respiratory Infection (cough/cold) దగ్గు, జలుబు</p> <p>d. Colic కడుపులో నొప్పి</p> <p>e. Reflux కక్కడం</p> <p>f. Vomiting వాంతులు</p> <p>g. Jaundice పసికర్డు</p> <p>h. Eye Discharge కళ్ళ నుండి నీళ్ళ కారడం</p> <p>i. Ear Discharge చెవుల నుండి రసి కారడం</p> <p>j. Other Infection ఏదైన ఇన్ఫెక్షన్</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>NO. OF DAYS ILL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j.</td> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>If all 'NO' , Skip to 4.1</p>		YES	NO	NO. OF DAYS ILL	a.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	YES	NO	NO. OF DAYS ILL																																												
a.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
b.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
c.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
d.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
e.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
f.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
g.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
h.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
i.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
j.	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																												
3.8	<p>Was your infant been taken to or treated by a health professional when he/she was experiencing these symptoms? ఈ లక్షణాలను అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీ శిశువుని డాక్టర్ దగ్గరకి తీసుకువెళ్ళారా లేక డాక్టర్ చేత చికిత్స చేయించారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	4.1																																												
3.9	<p>What made you decide to seek healthcare? ఏ కారణం చేత మీ శిశువుని డాక్టర్ కి చూపించాల్సి వచ్చింది ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																													

3.10	<p>What type of health facility/health professional did you take the infant?</p> <p>(Record all responses reported)</p> <p>మీ శిశువుని ఎలాంటి ఆరోగ్య కేంద్రం / ఆరోగ్య సంరక్షకుని దగ్గరకు తీసుకెళ్ళారు ?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital).....A Private Clinic or Doctor's Office.....B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath.....C MediCiti.....D Private Nursing Home or Private Hospital - Other than MediCiti.....E Traditional Healer.....F Some Other Place _____G Specify</p> <p>Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88</p>	
4. DIARRHEA			
4.1	<p>Did your infant have diarrhea in the past month?</p> <p>గడిచిన నెలలో మీశిశువు కి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినాయా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	} 5.1
4.2	<p>What type of treatment was given when experiencing diarrhea symptoms?</p> <p>(Record all responses reported)</p> <p>నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువుకి ఎటువంటి చికిత్స చేయించారు ?</p>	<p>No treatment.....A Extra water/fluids.....B Oral rehydration therapy (ORT).....C Oral rehydration salts(ORS).....D Other (Specify)_____E</p>	
4.3	<p>When your infant had diarrhea, how much liquids (milk, water, etc) /breast milk was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or nothing to drink?</p> <p>మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు త్రాగించిన ద్రవపదార్థములు(పాలు, నీళ్ళు, మొ) మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా, వమాములుగా కంటేకొంచెంతక్కువగానా,మాములుగా కంటే చాలతక్కువగానా లేక ఏమీ త్రాగించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 Nothing to drink.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
4.4	<p>When your infant had diarrhea, how much food was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or no food at all?</p> <p>మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు తినిపించిన ఆహారం మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా, మాములుగా కంటే కొంచెం తక్కువగానా, మాములుగా కంటే చాల తక్కువగానా లేక ఏమీ తినిపించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 No food at all.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	

4.5	How was the infant's stool disposed when experiencing diarrhea symptoms? (Record all responses reported) నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువు పాయిఖానాను ఎలా పారేసారు ?	Put/rinsed into toilet or latrine.....A Buried.....B Put/rinsed into an open drain/ditch.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other.....F Don't know.....77 Did not answer.....88	
5. INFANT FEEDING			
5.1	Did you ever breastfeed your newborn infant? మీ శిశువు కు ఎప్పుడైనా మీ పాలు పట్టారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	→ 5.3
5.2	Why did you not breastfeed? ఎందుకు మీ పాలు పట్టలేదు?	Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Other (Specify).....7 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 5.12
5.3	How long after birth did you first put your infant to the breast? శిశువు పుట్టిన తరువాత మొదట ఎంత సేపటికి మీ బిడ్డను మీ రొమ్ము దగ్గర పెట్టారు? (If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)	Immediately/less than 30 minutes.....000 MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> HOURS <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS <input type="text"/> <input type="text"/>	
5.4	Did you squeeze out the milk from the breast before you first put your infant to the breast? శిశువు కు మొదటిసారి మీ పాలిచ్చేముందు మీ పాలని పిండి పారేసారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
5.5	Are you currently breastfeeding your newborn infant? ప్రస్తుతం మీ శిశువు కు మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 5.7
5.6	How many times per day do you breastfeed your infant? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు పడుతున్నారు?	Times <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 5.9

5.7	For how many days/months did you breastfeed your infant? ఎన్ని రోజులు మీ శిశువు కి మీ పాలు ఇచ్చారు?	DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/>	
5.8	Why did you stop breast feeding? ఎందుకని మీ శిశువు కు మీ పాలు పట్టడం ఆపేసారు?	Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Other (Specify).....7 Don't know.....77 Did not answer.....88	
5.9	What do/did you do to clean your hands/breast before breastfeeding? పాలిచ్చే ముందు మీ రొమ్ము / చేతులు దేనితో శుభ్రం చేస్తారు ?	No preparation.....1 Wipe without water.....2 Wash with water.....3 Wash with soap/water.....4	
5.10	Have you ever given anything other than breast milk to your infant? మీరు ఎప్పుడైనా మీ శిశువుకి మీ పాలు కాకుండా ఇంకా ఏమైనా పట్టారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	5.15
5.10 a	What did you give? (Record all responses reported)	Water.....A Cow's milk.....B Powder milk.....C Honey.....D Rice/Dal.....E Other (Specify).....F Don't know.....77 Did not answer.....88	
5.11	When was the first time you gave something other than breast milk to the infant? మీ శిశువుకి మీ పాలు కాకుండా వేరేగా ఏమైన మొదటి సారిగా ఎప్పుడు పట్టారు ? (If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)	Immediately/less than 30 minutes.....000 MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> HOURS <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

5.12	<p>At any time yesterday or last night, was your infant given any of the following from a bottle with a nipple: నిన్న లేక గత రాత్రి గాని ఏప్పుడైనా మీ శిశువు కి ఏదైనా, సీసాలో పోసి నిప్పల్ తో త్రాగించారా?</p> <p>a. Plain water? మంచి నీళ్ళు</p> <p>b. Powdered milk? పొడరు పాలు</p> <p>c. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు</p> <p>d. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Plain water? మంచి నీళ్ళు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>b. Powdered milk? పొడరు పాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>c. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>d. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	DON'T KNOW	a. Plain water? మంచి నీళ్ళు	1	0	77	b. Powdered milk? పొడరు పాలు	1	0	77	c. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు	1	0	77	d. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)	1	0	77																					
	YES	NO	DON'T KNOW																																								
a. Plain water? మంచి నీళ్ళు	1	0	77																																								
b. Powdered milk? పొడరు పాలు	1	0	77																																								
c. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు	1	0	77																																								
d. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)	1	0	77																																								
5.13	<p>In the last seven days, how often did you give your infant the following: గడచిన వారంలో ఎంత తరచుగా ఈక్రింది వాటిని మీ శిశువు కి ఇచ్చారు/త్రాగించారు?</p> <p>a. Plain water? మంచి నీళ్ళు</p> <p>b. Powdered milk? పొడరు పాలు</p> <p>c. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు</p> <p>d. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు</p> <p>e. Green leafy vegetables ఆకుపచ్చ, ఆకు కూరగాయలు</p> <p>f. Fruits ఫలాలు</p> <p>g. Any solid or mushy food ఏదైనా గట్టి ఆహార పదార్థములు</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Every Day</th> <th>Some Days</th> <th>Never</th> <th>Don't Know</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Plain water? మంచి నీళ్ళు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>b. Powdered milk? పొడరు పాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>c. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>d. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>e. Green leafy vegetables ఆకుపచ్చ, ఆకు కూరగాయలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>f. Fruits ఫలాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>g. Any solid or mushy food ఏదైనా గట్టి ఆహార పదార్థములు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>		Every Day	Some Days	Never	Don't Know	a. Plain water? మంచి నీళ్ళు	1	2	3	77	b. Powdered milk? పొడరు పాలు	1	2	3	77	c. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు	1	2	3	77	d. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు	1	2	3	77	e. Green leafy vegetables ఆకుపచ్చ, ఆకు కూరగాయలు	1	2	3	77	f. Fruits ఫలాలు	1	2	3	77	g. Any solid or mushy food ఏదైనా గట్టి ఆహార పదార్థములు	1	2	3	77	
	Every Day	Some Days	Never	Don't Know																																							
a. Plain water? మంచి నీళ్ళు	1	2	3	77																																							
b. Powdered milk? పొడరు పాలు	1	2	3	77																																							
c. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు	1	2	3	77																																							
d. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు	1	2	3	77																																							
e. Green leafy vegetables ఆకుపచ్చ, ఆకు కూరగాయలు	1	2	3	77																																							
f. Fruits ఫలాలు	1	2	3	77																																							
g. Any solid or mushy food ఏదైనా గట్టి ఆహార పదార్థములు	1	2	3	77																																							
5.14	<p>How many times per day do you feed your infant something other than breast milk (water, powdered milk, other milk, other liquids)? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు కాకుండా వేరేవి త్రాగిస్తున్నారు (మంచి నీళ్ళు, పొడరు పాలు, ఇతర పాలు లేక ఇంకేమైనా ద్రవ పదార్థాలు)?</p>	<p>Feedings per day <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																									

5.15	For Currently breastfeeding women Do you have any other young children that you are also breastfeeding at this time in addition to the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా వేరే చంటిబిడ్డలకు కూడా మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	5.16 6.1																								
5.15a	For women who stopped breastfeeding Did you give any breast milk to any other children before you stopped breastfeeding, in addition to your newborn child? మీరు పాలు ఇవ్వడం మానేసే ముందు పుట్టిన బిడ్డకు కాకుండా వేరే చంటి బిడ్డలకు పాలు పట్టారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	5.16a 6.1																								
5.16	How many other young children are you also breastfeeding, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా ఎంత మంది చంటిబిడ్డలకు మీ పాలు పడుతున్నారు?	<input type="checkbox"/> Children breastfeeding, excluding the newborn	6.1																								
5.16a	How many other young children did you breastfeed, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా ఎంత మంది చంటిబిడ్డలకు మీ పాలు పట్టారు?	<input type="checkbox"/> Children breastfed																									
6. IMMUNIZATIONS																											
6.1	Has your infant received any vaccinations? మీ శిశువుకి ఏమైనా టీకాలు ఇప్పించారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	7.1																								
6.2	Which vaccinations has your infant received? a. BCG బిసిజి b. Measles మీజిల్స్ c. Polio పో లియో d. DPT డిపిటి e. Hepatitis B హెపటైటిస్ బి	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> <th>No. DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	DON'T KNOW	No. DOSES	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	
YES	NO	DON'T KNOW	No. DOSES																								
1	0	77	<input type="checkbox"/>																								
1	0	77	<input type="checkbox"/>																								
1	0	77	<input type="checkbox"/>																								
1	0	77	<input type="checkbox"/>																								
1	0	77	<input type="checkbox"/>																								
6.3	Which is the source of this information? టీకాలు ఇప్పించినట్లు ఆధారం ఎక్కడ ఉంది ?	Vaccination Card.....1 Mother's Memory.....2 Both.....3 Don't know.....77 Did not answer.....88																									
7. POTENTIAL EXPOSURE																											
7.1	Does anyone in your household smoke? మీరు ఇంట్లో ఇతరులు ఎవరైన పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	7.4																								

7.2	Do they smoke in the house? వాళ్ళు ఇంట్లోనే పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	7.4
7.3	Do they smoke with the infant present in the same room? శిశువు ఉన్న గదిలోనే వాళ్ళు పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
7.4	In the past month, did you mix, apply spray, process, or use pesticides? గడచిన నెలలో మీరు పురుగుల మందును కలపడం, చల్లడం లేక వాడారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	8.1
7.5	In the past month where did you mix, apply, spray, process or used pesticides? (Record all responses reported) గడచిన నెలలో మీరు పురుగుల మందు ఎక్కడ చల్లారు?	Inside the house.....A Outside the house.....B Farm.....C Work place.....D Other _____(Specify)....E Don't know.....77 Didn't answer.....88	
7.6	When you used/applied the pesticide product(s), did you wear any protective clothing? క్రిమి సంహారకాలు వాడుతున్నప్పుడు మిమ్మల్ని మీరు కాపాడుకొనుటకు ఏమైనా రక్షకాలు ధరిస్తారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	8.1
7.7	What did you wear? మీరు ఏమి ధరిస్తారు?	Face mask.....1 Gloves.....2 Other _____ 3 (Specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88	
8. WATER SOURCES			
8.1	Is the infant given water to drink? మీ శిశువుకి నీళ్ళు పట్టారా/త్రాగించారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	9.1
8.2	When was the first time you gave water to your infant? మీ శిశువుకి మొదట సారిగా నీళ్ళు ఎప్పుడు పట్టారు? (If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)	Immediately/less than 30 minutes.....000 MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> HOURS <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8.3	Do you take any special precaution with the drinking water that is used for your infant, as compared to the water that is used by others in your family? మీ కుటుంబంలో ఇతరులు త్రాగే నీటితో పోలిస్తే మీ శిశువుకి పట్టే నీళ్ళ గురించి ముఖ్యమైన జాగ్రత్త తీసుకుంటారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	9.1

8.4	How do you prepare drinking water for your infant? (Record all responses reported) మీరు మీ శిశువుకి పట్టే నీటిని ఎలా సురక్షితం / శుభ్రం చేస్తారు ?	Buy water cans especially for infant.....A Boiling.....B Chlorination.....C Water filter.....D Electronic purifier.....E Sedimentation.....F Other _____G (Specify)	
9. HYGIENE/SANITATION			
9.1	When at home, does your infant wear cloth or disposable diapers? ఇంట్లో ఉన్నప్పుడు మీ శిశువు గుడ్డ నేపిగా లేక డిస్పోజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుందా ?	Yes (cloth diapers).....A Yes (disposable diapers).....B No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
9.2	When you go out, does your infant wear cloth or disposable diapers? మీరు బయటకి వెళ్ళినప్పుడు గుడ్డ నేపిగా లేక డిస్పోజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుందా ?	Yes (cloth diapers).....1 Yes (disposable diapers).....2 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
9.3	Where is your infant's waste disposed? (Record all responses reported) మీ శిశువు దొడ్డి/ పాయిఖానాను ఎక్కడ పారేస్తున్నారు ?	Put/rinsed into toilet or latrine.....A Put/rinsed into open drain or ditch.....B Buried.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other _____F (Specify) Don't know.....77 Did not answer.....88	
10. DEVELOPMENTAL SCREENING			
Motor Scale			
10.1	When laying on his/her stomach, can the infant turn his/her head from side to side? శిశువు బోల్దా పడుకుని ఉన్నప్పుడు తన తలని ఇటు అటు తిప్పతుందా/ తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	→10.12
10.2	When held at the shoulder, with only the neck (and not the head) supported, can the infant hold his/her head steady when the person holding the infant moves around? శిశువు భూజాలను పట్టి ఎత్తుకొని చుట్టూ ప్రక్కలా తిప్పుతున్నప్పుడు తన మెడను వంచకుండా సరిగ్గా ఉంచగలుగుతుందా/తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	→10.12
10.3	Do the infant's arms and legs thrust in play? శిశువు చేతులు మరియు కాళ్ళు కొట్టుకుంటూ ఆడుతుందా/తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	→ 10.12

10.4	When laying on his/her stomach, can the infant lift up his/her head and shoulders by taking support of his arms, hands, and elbows? శిశువు బోల్తా పడుకుని ఉన్నప్పుడు తన మోచేతుల సహాయంతో తన భుజాలు మరియు తలని పైకి లేపుతుందా/లేపుతున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0 →	10.12
10.5	When held at the shoulder, can the infant lift his head off the shoulder and hold it erect for at least 30 seconds? శిశువు భూజాలను పట్టుకున్నప్పుడు, శిశువు తన తలకాయను వంచకుండా పైకి లేపి 30 సెకెండ్ల వరకు ఉంచగలుగుతుందా/తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0 →	10.12
10.6	Can the infant stay in a sitting posture, given slight support at the back? శిశువుని వెనకాల కాస్త పట్టు కున్నట్లయితే కూర్చుని ఉండ గలుగుతుందా/తున్నాడా?	Yes.....1 No.....0 →	10.12
10.7	Can the infant turn from lying on his back to on his side? శిశువు వెల్లకిలా పడుకుని ముందుకి తిరగ గలుగుతున్నాడా/ తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0 →	10.12
10.8	PRACTICAL: Given one of the tester's thumbs in each hand, does the infant pull himself up to a sitting position? శిశువు రెండు చేతులకి చెరో బొటన వ్రేలు అందించినట్లయితే శిశువు వాటిని పట్టుకుని పైకి లేచి కూర్చుంటున్నాడా/ కూర్చుంటుందా ?	Yes.....1 No.....0 →	10.12
10.9	PRACTICAL: Given one of the tester's thumbs in each hand, does the infant pull himself up to a standing position? శిశువు రెండు చేతులకి చెరో బొటన వ్రేలు అందించినట్లయితే వాటిని పట్టుకొని తనంతట తాను లేచి నిలబడుతున్నాడా/ తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0 →	10.12
10.10	Does the infant sit steadily (with back fairly straight) without any support? శిశువుని ఏ సహాయము లేకుండా సరిగా కూర్చోగలుగుతున్నాడా/ తున్నాడా ? (నిటారుగా)	Yes.....1 No.....0 →	10.12
10.11	Does the infant sit alone with good coordination? శిశువు తనంతట తాను సరిగ్గా కుర్చుంటున్నాడా/తున్నాడా? (Prompt: Can the infant sit and look around or manipulate a toy?)	Yes.....1 No.....0 →	10.12

Mental Scale			
10.12	Does the infant look at his surroundings (can his/her attention be attracted to a person/toy/keys/other stimulus)? శిశువుకి తన చుట్టూ ప్రక్కల ఒక వ్యక్తి /బొమ్మ/తాళం చెవి/ ఇంకా ఏమైన ఉత్సాహకరమైన వస్తువు కనిపించినట్లయితే శిశువు పరికించి చూస్తుందా/చూస్తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	
10.13	Does the infant respond to sounds (response can be blinking, frowning, crying)? శిశువు శబ్దాలను తన రెప్పలు కొట్టడం ముఖం చిట్టించడం, ఏడడవడం లాంటివి చేస్తుందా/చేస్తున్నాడు ?	Yes.....1 No.....0	
10.14	Does the infant visually follow/track a moving person? తిరుగుతూ ఉన్న వ్యక్తిని శిశువు అటు ఇటు తిరిగి చూస్తుందా/చూస్తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	
10.15	Does the infant explore his/her surroundings? శిశువు తన చుట్టూ ప్రక్కల పరిశీలించి చూస్తుందా/చూస్తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	
10.16	Does the infant smile or make sounds when he/she sees another smiling face? శిశువు ఎవరిదైనా నవ్వు మొహం చూసినప్పుడు తను కూడ నవ్వుడం లేక కేరింతలు కొడుతుందా/ కొడుతున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	
10.17	PRACTICAL: Does the infant have good eye coordination (can he/she smoothly follow a visual stimulus in the horizontal and vertical directions)? శిశువు తనకళ్ళను చురుకుగా క్రిందికి పైకి మరియు చుట్టూ ప్రక్కలా తీప్పుతూ చూస్తుందా/ చూస్తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	
10.18	Does the infant visually recognize his/her mother? శిశువు తన తల్లిని చూసి గుర్తు పడుతుందా/తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	
10.19	When given a rattle, does the infant play with it? శిశువుకి గిలక ఇస్తే దానితో ఆడుకుంటున్నాడా/ కుంటుందా ?	Yes.....1 No.....0	
10.20	PRACTICAL: With the infant laying on his/her back, hold a red ring about 20 cm above the child's face. Does the infant reach for the ring? శిశువు వెల్లకిలా పడుకున్నప్పుడు ఒక ఎర్రని ఉంగరం పాప లేక బాబు ముఖానికి 20 అంగుళాల పైకి పట్టుకున్నట్లయితే శిశువు ఆ ఉంగరాన్ని అందుకుంటుందా/ అందుకుంటున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	

10.21	Does the infant turn his head to locate the source of a sound outside his field of vision? శిశువు చుట్టు ప్రక్కల శబ్దం వచ్చినప్పుడు ఆ శబ్దము ఏమిటా అని చూడడానికి తన తలత్రిప్పి చూస్తుందా/చూస్తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	
10.22	When given a piece of paper, does the infant play with it? శిశువుకి ఒక కాగితం ముక్క ఇస్తే దానితో ఆడుకుంటాడా/ కుంటుందా ?	Yes.....1 No.....0	
10.23	Does the child discriminate between strangers and known persons? శిశువు తెలిసిన వారెవరో బయట వారెవరో గుర్తిస్తున్నాడా/గుర్తిస్తుందా ?	Yes.....1 No.....0	
10.24	Does the infant bang toys and make sound in playful activity? శిశువు ఆడుకుంటున్నప్పుడు బొమ్మలని కొడుతూ శబ్దం చేస్తుందా/చేస్తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	
10.25	Can the infant retain two separate things in both hands? శిశువు రెండు వేరు వేరు వస్తువులను రెండు చేతులతో పట్టకో గలుగుతున్నాడా/తుందా ?	Yes.....1 No.....0	
10.26	Does the infant looking at playfully when viewing his/her image in a mirror? శిశువు ముఖాన్ని అద్దములో చూపించినప్పుడు చురుకుగా చూస్తున్నాడా ?	Yes.....1 No.....0	

THANK THE RESPONDENT FOR THE CO-OPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS

RECORD THE TIME: _____

Hour

Minutes

APPENDIX V
RECORD FORM - DASH

Code no. _____ Tester : _____ Testing Date _____

Name : _____ Sex : _____ Birth Date : _____

Chrono. Age : _____

Address : _____

Scoring code : Pass : Fail Omitted : O Reported : R
Prior Pass : PP, Rest Fail : RF

A. MOTOR SCALES

ITEM NO	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97 % RANK	CONTENT CLUSTER
		50 %	3 %	97 %		
I 1.	Lifts head off when at shoulder	.1	.1*	1.4	1	I
II 2.	Prone - Lateral head movements	.1	.1*	1.4	2	I
III 3.	Prone-Crawling movements	.3	.1*	1.4	3	III
II 4.	Postural adjustments at shoulder	.6	.1*	1.4	4	II
III 5.	Arms thrust in play	.7	.1*	1.4	5	II
II 6.	Turns from side to back	.7	.1*	1.4	6	II
I 7.	Head erect and vertical	.8	.1*	1.4	7	I
II 8.	Sits with support	.8	.1*	2.3	10	II
III 9.	Legs thrust in play	.9	.1*	1.4	8	II
V 10.	Retains Red-ring	.9	.1*	1.5	9	V
I 11.	Dorsal Suspension-lifts head	.9	.5*	2.5	12	I
II 12.	Prone Elevates self by arms	1.1	.7*	2.9	13	II
I 13.	Head erect and steady 30 seconds(approx)	1.4	.8	2.3	11	I
I 14.	Holds head steady	1.5	1.1	3.3	14	I
II 15.	Sits with slight support	1.6	.9	3.3	15	II
V 16.	Hands predominantly open	2.0	.1	3.9	17	V
V 17.	Cube-hold - Ulnar Palmer	2.2	1.1	3.3	16	V
II 18.	Turns from back to side	2.6	1.1	4.7	18	II
I 19.	Head balanced	2.8	1.2	5.3	19	I
I 20.	Pulls to sitting-position	3.3	1.8	5.9	21	II
V 21.	Partial thumb-apposition Cube-hold - digital-palmer	3.4	1.8	5.9	22	V
II 22.	Effort to sit	3.5	1.8	5.5	20	II
V 23.	Sits alone momentarily	3.6	2.8	6.2	24	II

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM (Contd.)

ITEM NO	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97 % RANK	CONTENT CLUSTER
		50 %	3 %	97 %		
24.	Rotates Wrist	4.1	2.8	5.89	23	V
25.	Unilateral reaching	4.2	2.8	7.4	29	V
26.	Rolls from back to stomach	4.6	2.8	7.1	26	II
27.	Sits alone 30 sec. or more	4.9	3.9	7.1	27	II
28.	Attempts to secure pellet	4.9	3.9	7.4	30	V
29.	Pulls to standing position	5.2	3.9	7.1	28	II
30.	Sits alone Steady	5.6	4.1	6.4	25	II
31.	Sits alone Good -Co-ordination	5.7	4.3	7.5	33	II
32.	Cube-hold complete thumb - Apposition (Radial Digital)	5.7	4.0	7.5	34	V
33.	Early stepping Movements,	5.7	4.8	7.4	31	III
34.	Pre-walking Progression	5.7	4.8	7.4	32	III
35.	Scoops pellet	6.4	4.9	7.6	35	V
36.	Partial finger prehension pellet	6.6	5.3	9.2	36	V
37.	Raises self to sitting	6.9	5.9	9.2	37	II
38.	Stepping movements	7.5	6.0	9.3	38	III
39.	Stands up by furniture	7.9	6.4	9.9	39	II
40.	Fine-Prehension-Pellet	8.3	6.9	10.0	41	V
41.	Combines cubes or spoons in Midline	8.5	6.1	9.9	40	V
42.	Walks with help	8.5	6.9	10.9	42	V
43.	Pat-a-cake - Mid-line Skill	8.7	6.4	10.1	43	V
44.	Sits down	9.3	7.0	12.2	44	II
45.	Stands alone for a few moments	10.1	7.1	12.2	45	II
46.	Stands-up from supine position through rolling on stomach and on fours	11.1	7.1	12.2	46	II
47.	Throws a ball - directed	11.6	9.8	15.2	48	V
48.	Walks alone a few steps	12.0	7.9	14.4	47	III
49.	Walks sideways	13.3	11.0	15.2	49	III
50.	Walks backwards	13.5	11.2	16.1	50	III
51.	Stands on right foot with help	13.9	11.2	17.3	51	IV
52.	Stands on left-foot with help	13.9	11.2	17.4	52	IV
53.	Climbs up steps with help	14.8	13.1	21.4	54	III
54.	Walks down steps with help	15.6	13.2	21.3	53	III

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM (Contd.)

B - MENTAL SCALES

ITEM NO	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97 % RANK	CONTENT CLUSTER	
		50 %	3 %	97 %			
2	1	Responds to sound of Bell	.1	.1*	1.4	1	II
1	2	Momentary regard of Red ring	.1	.1*	1.4	2	I
5	3	Quiets when picked - up	.1	.1*	1.4	3	V
2	4	Responds to sound of Rattle	.1	.1*	1.4	4	II
2	5	Responds to Voice	.1	.1*	1.4	5	II
2	6	Responds to sound of Light Switch	.1	.1*	1.4	6	II
5	7	Regards a person momentarily (count 3)	.2	.1*	1.4	7	I
1	8	Horizontal eye co-ordination (Red ring)	.6	.1*	1.4	8	I
1	9	Circular eye co-ordination (Red ring)	.6	.1*	2.5	15	I
1	10	Follows moving person	.7	.1*	1.4	9	I
1	11	Horizontal eye co-ordination - Red light (Torch)	.7	.1*	1.5	12	I
1	12	Vertical eye co-ordination - Red light (Torch)	.7	.1*	2.4	14	I
1	13	Vertical eye co-ordination - Red light	.7	.1*	2.5	16	I
1	14	Prolonged regard of Red - ring	.8	.1*	1.4	10	I
6	15	Vocalizes once - twice	.8	.1*	1.5	13	VI
5	16	Free inspection of surroundings	.8	.1*	1.4	11	I
1	17	Circular eye co-ordination - Red light (Torch)	1.0	.1	2.5	17	I
3	18	Turns eyes to Red ring	1.4	.6	2.6	18	I
6	19	Vocalizes more than three times	1.5	.2	2.6	19	VI
5	20	Tester smiles child quiets	1.6	.5	2.6	20	V
5	21	Anticipatory excitement to being lifted	1.6	.5	2.6	21	V
3	22	Reacts to paper on face	1.6	.1	2.6	22	I
3	23	Searches with eyes for sound	1.6	.2	2.6	23	II
5	24	Social smile - T smiles, nods, talks - child smiles.	1.6	.5	2.6	24	V
3	25	Turns eyes to light	1.6	.6	2.6	25	I
4	26	Visually recognises mother	1.6	1.0	3.1	27	IV
6	27	Vocalizes to T's social smile and talk	1.7	.7	2.6	26	V
5	28	Anticipatory adjustments to being lifted	1.8	1.1	3.2	28	V
6	29	Vocalizes two syllables	2.0	.9	3.2	30	VI
8	30	Reacts to disappearance of face	2.0	1.0	3.3	29	IV

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM (Contd.)

ITEM NO	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97 % RANK	CONTENT CLUSTER	
		50 %	3 %	97 %			
1	31	Blinks at shadow of hand	2.3	.6	3.3	31	I
3	32	Eyes follow pencil (Yellow)	2.3	.9	3.3	32	I
3	33	Regards cube (Red)	2.5	1.2	3.9	33	I
3	34	Glances from one object to another	2.5	1.2	3.9	34	III
3	35	Manipulates Red - ring	2.7	1.2	4.3	36	III
3	36	Reaches for dangling ring	2.7	1.4	4.3	37	III
3	37	Simple play with Rattle	2.7	1.1	4.2	35	III
3	38	Follows vanishing spoon	2.7	1.4	4.3	38	I
5	39	Aware of strange situation	2.7	1.4	4.3	39	IV
3	40	Eyes follow ball across table	2.7	1.4	4.3	40	I
3	41	Fingers hands in play	2.8	1.4	4.3	41	III
3	42	Manipulates Table edges slightly	2.8	1.7	4.3	42	III
9	43	Carries Red ring to mouth	2.9	1.7	4.3	43	III
3	44	Follows vanishing Dangling Red ring	2.96	1.4	4.3	44	I
2	45	Turns head to sound of Bell	3.2	1.8	4.7	45	II
2	46	Turns head to sound of rattle	3.2	1.6	4.7	46	II
3	47	Inspects own hands	3.3	1.8	5.3	48	I
5	48	Mirror image - approach	3.3	1.8	5.5	49	V
3	49	Active table edge manipulation	3.3	1.8	5.5	50	V
3	50	Closes on dangling Red - ring	3.5	1.8	4.7	47	III
3	51	Reaches for cube	3.6	1.8	5.5	51	III
5	52	Likes frolic play	3.9	2.8	5.8	55	V
3	53	Exploratory paper play	4.0	2.8	5.5	52	III
9	54	Regards pellet	4.0	2.8	5.5	53	I
9	55	Retains two cubes	4.0	2.8	5.8	56	III
3	56	Eye co - operation in reaching	4.1	2.6	5.6	54	III
6	57	Vocalizes attitudes	4.2	2.6	6.2	57	VI
5	58	Discriminates strangers	4.3	2.8	6.4	58	V
10	59	Picks up cubes	4.4	2.8	6.4	59	III
4	60	Sustained inspection of Red - ring	4.4	2.9	6.4	60	I
3	61	Turns head after fallen spoon	4.6	2.9	6.5	61	IV
3	62	Recovers rattle fallen from hand	4.7	3.1	6.5	62	IV
9	63	Lifts cup	4.7	3.5	6.5	63	III

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM (Contd.)

ITEM NO	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97 % RANK	CONTENT CLUSTER	
		50 %	3 %	97 %			
3	64	Reaches persistently	4.8	3.1	6.5	64	III
5	65	Smiles at mirror image	4.8	3.8	6.5	65	V
3	66	Reaches for second cube	5.1	3.8	7.3	69	III
9	67	Exploratory string play	5.1	3.9	6.5	66	III
3	68	Bangs in play	5.3	3.9	6.6	67	III
5	69	Interest in sound production	5.3	3.9	6.6	68	III
10	70	Transfers object hand to hand	5.4	3.9	7.4	70	III
3	71	Picks up cube deftly and directly	5.6	3.9	7.4	71	III
3	72	Lifts cup by handle	5.6	4.0	7.4	72	III
3	73	Pulls string and secures Red ring	5.6	4.2	7.4	73	III
2	74	Looks for fallen spoon	5.7	4.7	7.4	74	IV
3	75	Retains two of Three cubes offered	5.7	4.7	7.4	75	III
5	76	Playful response to mirror	5.7	4.7	8.0	77	V
8	77	Attempts to secure 3 cubes	5.9	4.8	9.3	84	III
5	78	Co-operates in games	6.1	4.8	8.0	78	V
3	79	Manipulates bell - interest in details	6.2	4.8	7.5	76	III
3	80	Pulls string adaptively and secure Red ring	6.4	4.8	8.0	79	VIII
4	81	Listens selectively to familiar words	6.4	5.0	9.0	82	VII
6	82	Vocalizes four different syllables	6.4	4.9	8.5	80	VI
4	83	Uncovers toy	6.5	4.8	9.1	83	IV
6	84	Attends to scribbling	6.7	5.0	8.5	81	I
4	85	Rings bells purposively	7.4	6.0	9.3	85	IX
7	86	Says "da - da" or equivalent	8.1	6.4	9.8	88	VI
9	87	Picks up cup & secures Toy	8.1	6.8	9.4	86	IV
6	88	Adjusts to words	8.2	6.1	9.4	87	VII
9	89	Fingers holes in peg-board	8.7	6.4	11.1	90	III
8	90	Looks at pictures in Book	8.8	7.0	10.1	89	I
8	91	Looks for contents of box	8.9	7.0	11.1	91	IV
8	92	Inhibits on command	9.4	7.0	11.1	91	VII
5	93	Puts cube in cup on command	9.7	7.3	11.3	94	VII
7	94	Uses expressive JARGON	9.9	7.0	11.2	93	VI
4	95	Repeats performance laughed at	10.0	7.3	12.2	98	V
9	96	Holds colour stick adaptively	10.0	7.3	11.3	95	IX

APPENDIX VI :
RESULTS

Code No. : _____

Testing date - _____

Name : _____

Birth date _____

Sex : F / M. C. A. _____

Total Scores : Motor

Mental

Performance MoA

MeA

50 % Pass

97 % Pass

Development DmoQ

DMeQ

50 % Pass level

97 % Pass level

Deviation Quotients MoDQ

MeDQ

Percentile Rank

Clusters Motor

Mental

Cluster No.	Motor Clusters and no. of items	Score	Cluster No.	Mental Clusters and no. of items	Score
I	Neck Control (7)		I	Cognizance (Visual) (25)	
II	Body Control (23)		II	Cognizance (Auditory) (7)	
III	Locomotion - 1 (10)		III	Reaching & manipulation (36)	
IV	Locomotion - 2 (13)		IV	Memory (11)	
V	Manipulation (14)		V	Social interaction & imitative behavior (22)	
			VI	Language 1 (Vocalization, speech and communication) (11)	
			VII	Language 2 (Vocabulary & comprehension) (18)	
			VIII	Understanding relationship (18)	
			IX	Differentiation by Use, shape and movements (8)	
			X	Manual Dexterity (7)	

Interpretations

[.....]

LIFE Pilot Study – Post-Natal Visit Infants’s Visit Anthropometry Form

Participant ID _____ Participant Name _____ Family code _____
 Village _____ Date of data collection: |_____| |_____| |_____|
DD MM YYYY

ANTHROPOMETRY

1.	Name of anthropometry observer										
2.	Time and Date of Interview/Measurements	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> _____ </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> _____ </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="text-align: center;">YYYY</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">[__:__] am/pm</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	DD	MM	YYYY	[__:__] am/pm		
_____	_____	_____									
DD	MM	YYYY									
[__:__] am/pm											

HEAD CIRCUMFERENCE

3.	Head Circumference Measurement #1	_____.____ cm
4.	Head Circumference Measurement #2	_____.____ cm
5.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤10 mm → 8
6.	Head Circumference Measurement #3	_____.____ cm
7.	Head Circumference Measurement #4	_____.____ cm

LENGTH CIRCUMFERENCE

8.	Were length measurements taken over clothing?	YES..... 1 NO 0
9.	Length Measurement #1	_____.____ cm
10.	Length Measurement #2	_____.____ cm
11.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤ 10 mm →14
12.	Length Measurement #3	_____.____ cm
13.	Length Measurement #4	_____.____ cm

MID-UPPER ARM CIRCUMFERENCE

14.	Was arm measurement taken over clothing?	YES..... 1 NO 0
15.	Which arm was used for measurement? (Use right arm if possible)	RIGHT.....1 LEFT.....2
16.	Arm Circumference Measurement #1	_____.____ cm

[.]

LIFE Pilot Study – Post-Natal Visit Infants’s Visit Anthropometry Form

17.	Arm Circumference Measurement #2	_____ . ____ cm	
18.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤ 10 mm	→21
19.	Arm Circumference Measurement #3	_____ . ____ cm	
20.	Arm Circumference Measurement #4	_____ . ____ cm	
<u>ABDOMINAL CIRCUMFERENCE</u>			
21.	Was abdominal circumference measurement taken over clothing?	YES..... 1 NO 0	
22.	Abdominal Circumference Measurement #1	_____ . ____ cm	
23.	Abdominal Circumference Measurement #2	_____ . ____ cm	
24.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤ 10 mm	→27
25.	Abdominal Circumference Measurement #1	_____ . ____ cm	
26.	Abdominal Circumference Measurement #2	_____ . ____ cm	
<u>CHEST CIRCUMFERENCE</u>			
27.	Was chest circumference measurement taken over clothing?	YES..... 1 NO 0	
28.	Chest Circumference Measurement #1	_____ . ____ cm	
29.	Chest Circumference Measurement #2	_____ . ____ cm	
30.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤10 mm	→END
31.	Chest Circumference Measurement #1	_____ . ____ cm	
32.	Chest Circumference Measurement #2	_____ . ____ cm	
<u>WEIGHT</u>			
33.	Body Weight (in kilograms)	_____ . ____ kg	



SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2011
Life Pilot Study 12 Month Post-Delivery Visit Questionnaire
IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel : _____

Husband's Name : _____ Study ID: _____

Wife's Name : _____ Study ID: _____

ChildName : _____ Date of Birth : _____

Date of Interview : / /
DAY MONTH YEAR Age in completed months : _____

Sex of the baby: _____

Record the Time of Interview
Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

1. HEALTH

I have some general questions about your health and your health history

1.1	Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు? చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4	
1.2	Did you have any of the following in the past month? గత నెలలో మీకేమైనా ఈ క్రింది వాటిలో ఉన్నవి ఉన్నాయా ? a. Diarrhea విరేచనాలు b. Blood in stools మలంలో రక్తం c. Respiratory infections(cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలయినవి) d. Throat infections (sore throat) గొంతు వ్యాధులు (పొడి దగ్గు) e. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధ వ్యాధి [prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination] f. Fever జ్వరం g. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, క్రుంగిపోవుట, భావోద్వేగ సమస్యలు	YES NONO. OF DAYS ILL 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> If all 'NO' , Skip to 1.5	
1.3	Did you receive medical treatment when you were experiencing any of above symptoms? పై లక్షణాలు అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీరేమైన వైద్యం తీసుకున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 1.5

1.4	<p>Where did you go for treatment of these symptoms? Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>ఈ లక్షణాలకొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు? ఇంకా ఎక్కడైనా చికిత్స చేయించుకున్నారు?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital).....A Private Clinic or Doctor's Office.....B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath.....C MediCiti.....D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti.....E Traditional Healer.....F Some Other Place _____ G Specify Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88</p>	
1.5	<p>In the past month, have you taken any antibiotic or medication or pills or injection for any infection? గత నెలలో మీరు ఏదేని ఇన్ఫెక్షన్ కొరకు యాంటి బయాటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	1.7
1.6	<p>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి యాంటిబయాటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.</p>	<p>Days Taken Medications (specify)</p> <p>1 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>4 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
1.7	<p>During the past month, were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury? గత నెలలో మీరు ఎప్పుడైనా జ్వరం లేక గాయంతో రోజు చేసుకునే పనులు చేయలేక పోయారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	1.9
1.8	<p>How many days were you unable to do your regular duties because of injury/ illness? ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం/ గాయం వల్ల మీరు రోజు చేయు పనులు చేయలేక పోయారు?</p>	<p>Injury <input type="text"/> <input type="text"/> Days Illness <input type="text"/> <input type="text"/> Days</p>	
1.9	<p>In the past 3 months, have you been told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions? గత మూడు నెలల్లో మీకు డాక్టర్ లేక ఇతర ఆరోగ్య సంరక్షకులు ఈ క్రింది వాటిలో ఏమైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా?</p> <p>a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు c. Swelling of your feet పాదాల వాపు</p>	<p>YES NO DON'T KNOW</p> <p>1 0 77 1 0 77 1 0 77</p>	

d. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి	1	0	77
e. Anemia రక్త హీనత	1	0	77
f. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు	1	0	77
g. A vaginal discharge యోని ప్రావము	1	0	77
h. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు	1	0	77
i. Jaundice పసికర్లు	1	0	77
j. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట	1	0	77
k. Goiter గొంతులో కణితి	1	0	77
l. Any other health condition ఇంకా ఏదైన ఆరోగ్య సమస్య	1	0	77
Specify			

2. DEPRESSION అధైర్యం/ కృంగుదల

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you Doesnot take care of yourself or your family.

తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ మానసిక ఆరోగ్యం గూర్చి ఉంటాయి. ఈ 5 ప్రశ్నలతో మీరు మానసిక లక్షణాలు ఏమైనా అనుభవించారా అని తెలుసుకుంటాం. ఈ ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే మీరు కృంగిపోయిన స్థితిలో ఉన్నారని కాదు, కాని ఈ లక్షణాలు సర్వ సాధారణం ఏదో ఒక సమయాల్లో ఉంటాయి. ప్రజలు వారి జీవితంలోని ఒత్తిడి, పనిలో ఒత్తిడి లేక కుటుంబంలో సమస్యల వల్ల కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. జీవితంలో అన్ని సౌఖ్యంగాజరుగుతున్నప్పుడు కూడా ఏ కారణంలేకుండానే కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. విషాదాలు లేక ఎగుడు దిగుడు ఏదో సమయాల్లో ఖచ్చితంగా సర్వ సాధారణము. మీరు ఏ లక్షణాలు అనుభవించారో ఏ లక్షణాలు మీ జీవితాన్ని కలత పరిచాయో అనేది మేము తెలుసుకోవాలని ఇష్ట పడుచున్నాము. ఉదా: ఒక కుటుంబం లో సభ్యుడు చనిపోతే భాదపడడం అనేది సహజం కాని మీరు అటువంటి భాదను మీ వాళ్ళు ఎవరూ చనిపోకుండానే అనుభవిస్తున్నారా లేక అటువంటి భాదకు గురి అయి కనీసం మీ గురించి మరియు మీ కుటుంబం గురించి శ్రద్ధ తీసుకోలేకపోతున్నారా అనేది మేము తెలుసుకోవాలనుకుంటున్నాము.

2.1	Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? (Probe: Have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis?) మీరు కృంగి పోవడం అనే భావన లేక నిరాశ భావాలు కలిగి యున్నారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88
-----	--	---

2.2	Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? <i>(Probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?)</i> మీరు ఇంతక ముందు సంతోషించే విషయాల వలన ఇప్పుడు తక్కువ ఆనందం పొందుతున్నారని అనిపించిందా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.3	Have you lost weight without any specific attempt to lose weight? <i>(Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?)</i> మీరు ఏమి ప్రయత్నం చేయకుండానే బరువు తగ్గారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.4	Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరి కంటే ముందే నిద్రలేవడం వంటివి ఉన్నాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.5	Do you have suicidal ruminations? <i>(Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life)</i> మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలని ఆలోచనలు కలుగుతాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	

3. CHILD HEALTH

Now I have some questions about the health of your Child (Name)

3.1	Did you give birth to single or twins? మీరు ప్రసవించినది కవల పిల్లలా లేక ఒక శిశువా?	Single.....1 Twins/Multiple.....2	
3.2	How much did your child(name) weigh at the time of birth? మీ శిశువుపుట్టినప్పుడు ఎంత బరువు ఉన్నది/ఉన్నాడు?	Grams <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Prompt: Where did this number come from?</i> Mother's Memory.....1 Medical Card.....2 Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88	
3.3	Would you say your child(name) health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ శిశువు ఆరోగ్యం చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగాలేదా ?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4	
3.4	Does it seem to you that your child(name) has gained weight/grown bigger in the past 3 months? గత 3 నెలల కాలంలో మీ శిశువు బరువు పెరిగినట్లు మీకు అనిపిస్తుందా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
3.5	Has your child (name) shown any signs of difficulty in breathing in the past 3 months? మీ శిశువు గత 3 నెలల కాలంలో శ్వాస తీసుకోవడంలో ఏమైనా ఇబ్బందులు కలుగుతున్నాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	

3.6	<p>Has your child(name)had good energy since he/she was born? <i>[Prompt: has he/she been crying, moving arms and legs, waking up for feedings/changings. Or has the child (name) been sleeping all the time, difficult to rouse for feedings]</i> మీ శిశువు పుట్టినప్పటి నుండి హుషారుగా ఉన్నాడా/ఉన్నాదా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>																																											
3.7	<p>What ailments has your child (name) had in the past month? మీ శిశువుకి గత నెల రోజుల నుండి ఎలాంటి బాధ ఉంది ?</p> <p>a. Fever జ్వరం</p> <p>b. Rash దురదలు</p> <p>c. Respiratory Infection (cough/cold) శ్వాస కోస వ్యాధులు (దగ్గు, జలుబు)</p> <p>d. Colic కడుపులో నొప్పి</p> <p>e. Reflux కక్కడం</p> <p>f. Vomiting వాంతులు</p> <p>g. Jaundice పసికర్లు</p> <p>h. Eye Discharge కళ్ళ నుండి నీళ్ళ కారడం</p> <p>i. Ear Discharge చెవుల నుండి రసి కారడం</p> <p>j. Accident ప్రమాదవ శాత్తు గాయం</p> <p>k. Fall క్రింద పడిపోవడం</p> <p>l. Other Infection ఏదైన ఇన్ఫెక్షన్</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>NO. OF DAYS ILL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>If all 'NO' , Skip to 4.1</p>	YES	NO	NO. OF DAYS ILL	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
YES	NO	NO. OF DAYS ILL																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
3.8	<p>Has your child (name) been taken to or treated by a health professional when he/she was experiencing these symptoms? ఈ లక్షణాలను అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీ శిశువుని డాక్టర్ దగ్గరకి తీసుకువెళ్ళారా లేక డాక్టర్ చేత చికిత్స చేయించారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	<p>} 4.1</p>																																										
3.9	<p>What made you decide to seek healthcare? ఏ కారణం చేత మీ శిశువుని డాక్టర్ కి చూపించాల్సి వచ్చింది ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																											

3.10	<p>What type of health facility/health professional did you take the child (name)? Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>మీ శిశువుని ఎలాంటి ఆరోగ్య కేంద్రం/ ఆరోగ్య సంరక్షకుని దగ్గరకు తీసుకెళ్ళారు ?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital).....A Private Clinic or Doctor's Office.....B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath.....C MediCiti.....D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti.....E Traditional Healer.....F Some Other Place _____ G Specify Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88</p>	
4. DIARRHEA			
4.1	<p>Did your child (name) have diarrhea in the past month? గడిచిన నెలలో మీశిశువు కి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినాయా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	} 5.1
4.2	<p>What type of treatment was given when experiencing diarrhea symptoms? Anything else? (Record all responses reported)</p> <p>నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువుకి ఎటువంటి చికిత్స చేయించారు ?</p>	<p>No treatment.....A Extra water/fluids.....B Oral rehydration therapy (ORT).....C Oral rehydration salts(ORS).....D Other (Specify) _____ E</p>	
4.3	<p>When your child (name) had diarrhea, how much liquids (milk, water, etc) /breast milk was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or nothing to drink? మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు త్రాగించిన ద్రవపదార్థములు(పాలు, నీళ్ళు, మొి) మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా, వమాములుగా కంటేకొంచెంతక్కువగానా,మాములుగా కంటే చాలతక్కువగానా లేక ఏమి త్రాగించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 Nothing to drink.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
4.4	<p>When your child (name) had diarrhea, how much food was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or no food at all? మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు తినిపించిన ఆహారం మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా,మాములుగా కంటే కొంచెం తక్కువగానా, మాములుగా కంటే చాల తక్కువగానా లేక ఏమి తినిపించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 No food at all.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	

4.5	<p>How was the child (name) stool disposed when experiencing diarrhea symptoms? (Record all responses reported)</p> <p>నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువు పాయిఖానాను ఎలా పారేసారు ?</p>	<p>Put/rinsed into toilet or latrine.....A Buried.....B Put/rinsed into an open drain/ditch.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other.....F Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
5. CHILD (NAME) FEEDING			
5.1	<p>Did you ever breastfeed your child (name) మీ శిశువు కు ఎప్పుడైనా మీ పాలు పట్టారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	5.3
5.2	<p>Why did you not breastfeed? ఎందుకు మీ పాలు పట్టలేదు?</p>	<p>Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Other (Specify).....7 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	5.12
5.3	<p>How long after birth did you first put your child (name) to the breast? శిశువు పుట్టిన తరువాత మొదట ఎంత సేపటికి మీ బిడ్డనుమీ రొమ్ము దగ్గర పెట్టారు? (If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)</p>	<p>Immediately/less than 30 minutes.....000</p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
5.4	<p>Did you squeeze out the milk from the breast before you first put your child (name) to the breast? శిశువు కు మొదటిసారి మీ పాలిచ్చేముందు మీ పాలని పిండి పారేసారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
5.5	<p>Are you currently breastfeeding your child (name) ? ప్రస్తుతం మీ శిశువు కు మీ పాలు పడుతున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	5.7
5.6	<p>How many times per day do you breastfeed your child (name) ? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు పడుతున్నారు?</p>	<p>Times <input type="text"/> <input type="text"/></p>	5.9

5.7	For how many days/months did you breastfeed your child (name)? ఎన్ని రోజులు మీ శిశువు కిమీ పాలు ఇచ్చారు?	DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/>	
5.8	Why did you stop breastfeeding? ఎందుకని మీ శిశువు కు మీ పాలు పట్టడం ఆపేసారు?	Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Other (Specify).....7 Don't know.....77 Did not answer.....88	
5.9	What do/did you do to clean your hands/breast before breastfeeding? పాలిచ్చే ముందు మీ రొమ్ము / చేతులు దేనితో శుభ్రం చేస్తారు ?	No preparation.....1 Wipe without water.....2 Wash with water.....3 Wash with soap/water.....4	
5.10	Have you ever given anything other than breast milk to your child (name)? మీరు ఎప్పుడైనా మీ శిశువుకి మీ పాలు కాకుండా ఇంకా ఏమైనా పట్టారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 5.15
5.10 a	What did you give? Anything else? మీ శిశువుకి ఏ రకమైనపాలు పట్టారు? (Record all responses reported)	PlainWater మంచి నీళ్ళు.....A Cow'smilk ఆవు పాలు.....B Powder milk పౌడరు పాలుC Buffalo milk గేదే పాలుD Any other milk other than breast milk.....E ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా) Any other liquid specify.....F ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి) Honey తేనే.....G Rice అన్నంH Dal పప్పుI Other cereals ఇతర ధినుసులుJ Green leafy vegetables ఆకు కూరలుK Eggs కోడి గుడ్లుL Meat మాంసంM Curd పెరుగు.....N Potato ఆలు గడ్డ/బంగాళదుంపO Fruits పళ్ళుP Other mashed or solid food (Specify) ఇతర ఘన/చితికిన పదార్థాలుQ Don't know.....77 Did not answer.....88	

5.11	<p>When was the first time you gave something other than breast milk to the child (name)? మీ శిశువుకి మీ పాలు కాకుండా వేరేగా ఏమైనమొదటి సారిగా ఎప్పుడు పట్టారు ? <i>(If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)</i></p>	<p>Immediately/less than 30 minutes.....000</p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																																																		
5.12	<p>At any time yesterday or last night, was your child (name) given any of the following from a bottle with a nipple ? : నిన్న లేక గత రాత్రి గాని ఎప్పుడైనా మీ శిశువు కి ఏదైనా, సీసాలో పోసి నిప్పల్ తో త్రాగించారా?</p> <p>a. Plain water? మంచి నీళ్ళు</p> <p>b. cow's milk ఆవు పాలు</p> <p>c. Buffalo milk గేదే పాలు</p> <p>d. Powdered milk? పొడరు పాలు</p> <p>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా)</p> <p>f. Any other liquid? _____(Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Plain water? మంచి నీళ్ళు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>b. cow's milk ఆవు పాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>c. Buffalo milk గేదే పాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>d. Powdered milk? పొడరు పాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా)</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>f. Any other liquid? _____(Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	DON'T KNOW	a. Plain water? మంచి నీళ్ళు	1	0	77	b. cow's milk ఆవు పాలు	1	0	77	c. Buffalo milk గేదే పాలు	1	0	77	d. Powdered milk? పొడరు పాలు	1	0	77	e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా)	1	0	77	f. Any other liquid? _____(Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)	1	0	77																																						
	YES	NO	DON'T KNOW																																																																	
a. Plain water? మంచి నీళ్ళు	1	0	77																																																																	
b. cow's milk ఆవు పాలు	1	0	77																																																																	
c. Buffalo milk గేదే పాలు	1	0	77																																																																	
d. Powdered milk? పొడరు పాలు	1	0	77																																																																	
e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా)	1	0	77																																																																	
f. Any other liquid? _____(Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)	1	0	77																																																																	
5.13	<p>In the last seven days, how often did you give your child (name) the following: గడచిన వారంలో ఎంత తరచుగా ఈక్రింది వాటిని మీ శిశువు కి ఇచ్చారు/త్రాగించారు?</p> <p>a. Plain water? మంచి నీళ్ళు</p> <p>b. Cow's milk ఆవు పాలు</p> <p>c. Powdered milk? పొడరు పాలు</p> <p>d. Buffalo milk గేదే పాలు</p> <p>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా)</p> <p>f. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు</p> <p>g. Honey తేనె</p> <p>h. Rice అన్నం</p> <p>i. Dal పప్పు</p> <p>j. Other cereal ఇతర ధినుసులు</p> <p>k. Green leafy vegetables ఆకు కూరలు</p> <p>l. Eggs కోడి గుడ్లు</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Every Day</th> <th>Some Days</th> <th>Never</th> <th>Don't Know</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Plain water? మంచి నీళ్ళు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>b. Cow's milk ఆవు పాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>c. Powdered milk? పొడరు పాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>d. Buffalo milk గేదే పాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>f. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>g. Honey తేనె</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>h. Rice అన్నం</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>i. Dal పప్పు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>j. Other cereal ఇతర ధినుసులు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>k. Green leafy vegetables ఆకు కూరలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>l. Eggs కోడి గుడ్లు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>		Every Day	Some Days	Never	Don't Know	a. Plain water? మంచి నీళ్ళు	1	2	3	77	b. Cow's milk ఆవు పాలు	1	2	3	77	c. Powdered milk? పొడరు పాలు	1	2	3	77	d. Buffalo milk గేదే పాలు	1	2	3	77	e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా)	1	2	3	77	f. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు	1	2	3	77	g. Honey తేనె	1	2	3	77	h. Rice అన్నం	1	2	3	77	i. Dal పప్పు	1	2	3	77	j. Other cereal ఇతర ధినుసులు	1	2	3	77	k. Green leafy vegetables ఆకు కూరలు	1	2	3	77	l. Eggs కోడి గుడ్లు	1	2	3	77	
	Every Day	Some Days	Never	Don't Know																																																																
a. Plain water? మంచి నీళ్ళు	1	2	3	77																																																																
b. Cow's milk ఆవు పాలు	1	2	3	77																																																																
c. Powdered milk? పొడరు పాలు	1	2	3	77																																																																
d. Buffalo milk గేదే పాలు	1	2	3	77																																																																
e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా)	1	2	3	77																																																																
f. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు	1	2	3	77																																																																
g. Honey తేనె	1	2	3	77																																																																
h. Rice అన్నం	1	2	3	77																																																																
i. Dal పప్పు	1	2	3	77																																																																
j. Other cereal ఇతర ధినుసులు	1	2	3	77																																																																
k. Green leafy vegetables ఆకు కూరలు	1	2	3	77																																																																
l. Eggs కోడి గుడ్లు	1	2	3	77																																																																

	m. Meat మాంసం	1	2	3	77	
	n. Curd పెరుగు	1	2	3	77	
	o. Potato ఆలు గడ్డ/బంగాళదుంప	1	2	3	77	
	p.Fruits పళ్ళు	1	2	3	77	
	q.Other mashed or soild food (specify)..... ఇతర ఘన పదార్థాలు/చితికిన	1	2	3	77	
	r. Did not answer..... (88)					
5.14	How many times per day do you feed your child (name) something other than breast milk (water, powdered milk, other milk, other liquids/any solid food)? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు కాకుండా వేరేవి త్రాగిస్తున్నారు(మంచి నీళ్ళు, పొడరు పాలు, ఇతర పాలు లేక ఇంకేమైనా ద్రవ పదార్థాలు/ ఘన పదార్థాలు)?	Feedings per day	<input type="text"/>			
5.15	For Currently breastfeeding women Do you have any other young children that you are also breastfeeding at this time in addition to child (name)? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా వేరే చంటిబిడ్డలకుకూడా మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88			→ 5.16 } 6.1	
5.15a	For women who stopped breastfeeding Did you give breast milk to any other children before you stopped breastfeeding, in addition to your newborn child? మీరు పాలు ఇవ్వడం మానేసే ముందు పుట్టిన బిడ్డకు కాకుండా వేరే చంటి బిడ్డలకు పాలు పట్టారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88			→ 5.16a } 6.1	
5.16	How many other young children are you also breastfeeding, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకాఎంత మంది చంటిబిడ్డలకుమీ పాలు పడుతున్నారు?	<input type="text"/>	Children breastfeeding, excluding the newborn		→ 6.1	
5.16a	How many other young children did you breastfeed, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకాఎంత మంది చంటిబిడ్డలకుమీ పాలుపట్టారు?	<input type="text"/>	Children breastfed			
6. IMMUNIZATIONS						
6.1	Has your child (name) received any vaccinations? మీ శిశువుకి ఏమైనా టీకాలు ఇప్పించారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88			→ 7.1	

6.2	<p>Which vaccinations has your child (name) received till now?</p> <p>a. BCG బిసిజి</p> <p>b. Polio పోలియో(1st, 2nd, 3rd dose)</p> <p>c. DPT డిపిటి(1st, 2nd, 3rd dose)</p> <p>d. Hepatitis B హెపటైటిస్ బి(1st, 2nd, 3rd dose)</p> <p>e. Measles మీజిల్స్</p> <p>f. Vit-A prophylaxis విటమిన్ -A ప్రోఫిలాక్సిసిస్</p> <p>g. Any other vaccination(specify)</p> <p>_____</p> <p>ఇంకా ఏవైనా టీకాలు ఇప్పిస్తే (వివరించండి)</p>	<p>YES NO DON'T KNOW No. DOSES</p> <p>1 0 77 <input type="checkbox"/></p> <p>1 0 77 <input type="checkbox"/></p> <p>1 0 77 <input type="checkbox"/></p> <p>1 0 77 <input type="checkbox"/></p> <p>1 0 77 <input type="checkbox"/></p> <p>1 0 77 <input type="checkbox"/></p> <p>1 0 77 <input type="checkbox"/></p>	
6.3	<p>Which is the source of this information?</p> <p>టీకాలు ఇప్పించినట్లు ఆధారం ఎక్కడ ఉంది ?</p>	<p>Vaccination Card.....1</p> <p>Mother's Memory.....2</p> <p>Both.....3</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	
7. POTENTIAL EXPOSURE			
7.1	<p>Does anyone in your household smoke?</p> <p>మీరు ఇంట్లో ఎవరైనా పొగ త్రాగుతారా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	} 7.4
7.2	<p>Do they smoke in the house?</p> <p>వాళ్ళు ఇంట్లోనే పొగ త్రాగుతారా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	} 7.4
7.3	<p>Do they smoke with the child (name) present in the same room?</p> <p>శిశువు ఉన్న గదిలోనే వాళ్ళు పొగ త్రాగుతారా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	
7.4	<p>In the past month, did you mix, apply spray, process, or use pesticides?</p> <p>గడచిన నెలలోమీరు పురుగుల మందును కలపడం, చల్లడం లేక వాడారా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	} 8.1
7.5	<p>In the past month where did you mix, apply, spray, process or used pesticides?</p> <p>Anywhere else?</p> <p>(Record all responses reported)</p> <p>గడచిన నెలలోమీరుపురుగుల మందు ఎక్కడ చల్లారు?</p>	<p>Inside the house.....A</p> <p>Outside the house.....B</p> <p>Farm.....C</p> <p>Work place.....D</p> <p>Other_____ (Specify)....E</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Didn't answer.....88</p>	
7.6	<p>When you used/applied the pesticide product(s), did you wear any protective clothing?</p> <p>క్రిమి సంహారకాలు వాడుతున్నప్పుడు మిమ్మల్ని మీరు కాపాడుకొనుటకు ఏమైనా రక్షకాలు ధరిస్తారా?</p>	<p>Yes.....1</p> <p>No.....0</p> <p>Don't know.....77</p> <p>Did not answer.....88</p>	} 8.1

7.7	What did you wear? మీరు ఏమి ధరిస్తారు?	Face mask.....1 Gloves.....2 Other.....3 (Specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88	
8. WATER SOURCES			
8.1	Is the child (name) given water to drink? మీ శిశువుకి నీళ్ళు పట్టారా/త్రాగించారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 9.1
8.2	When was the first time you gave water to your child(name) after birth? మీ శిశువుకి మొదట సారిగా నీళ్ళు ఎప్పుడు పట్టారు? (If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)	Immediately/less than 30 minutes.....000 MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> HOURS <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8.3	Do you take any special precaution with the drinking water that is used for your child (name) , as compared to the water that is used by others in your family? మీ కుటుంబంలో ఇతరులు త్రాగే నీటితో పోలిస్తే మీ శిశువుకి పట్టే నీళ్ళ గురించి ముఖ్యమైన జాగ్రత్త తీసుకుంటారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 9.1
8.4	How do you prepare drinking water for your child (name) ? Anything else? (Record all responses reported) మీరు మీ శిశువుకి పట్టే నీటిని ఎలా సురక్షితం / శుభ్రం చేస్తారు ?	Buy water Doess especially for child (name)A Boiling.....B Chlorination.....C Water filter.....D Electronic purifier.....E Sedimentation.....F Other.....G (Specify)	
9. HYGIENE/SANITATION			
9.1	When at home, does your child (name) use going to lavetry/toilet or open defecation or wear cloth or disposable diapers? ఇంట్లో ఉన్నప్పుడు మీ శిశువు మరుగు దొడ్డి/బయటి ప్రదేశం వెళ్ళతాడా/వెళ్తుందా లేక గుడ్డ నేప్పినా లేక డిస్పొజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుందా ?	Yes (use lavetry/toilet).....A Yes (use open defecation).....B Yes (cloth diapers).....C Yes (disposable diapers).....D No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
9.2	When you go out, does your child (name) use going to lavetry/toilet or open defecation or wear cloth or disposable diapers? మీరు బయటకి వెళ్ళినప్పుడు మీ శిశువు మరుగు దొడ్డి/బయటి ప్రదేశం వెళ్ళతాడా/వెళ్తుందా లేక గుడ్డ నేప్పినా లేక డిస్పొజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుందా ?	Yes (use lavetry/toilet).....A Yes (use open defecation).....B Yes (cloth diapers).....C Yes (disposable diapers).....D No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	

9.3	Where is your child (name) waste disposed? Anywhere else? (Record all responses reported) మీ శిశువు దొడ్డి/ పాయిఖానాను ఎక్కడ పారేస్తున్నారు ?	Put/rinsed into toilet or latrine.....A Put/rinsed into open drain or ditch.....B Buried.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other _____ F (Specify) Don't know.....77 Did not answer.....88	
-----	--	---	--

10. DEVELOPMENTAL SCREENING**10.Social and Emotional సాంఘిక/భావోద్వేదిత**

10.1	Is your child(name) shy or nervous with strangers? అపరిచితులను చూచి మీ పాప భయం గాని లేదా సిగ్గు పడుతున్నదా?	Yes.....1 No.....0	
10.2	Does your child(name) cry when mother or father leaves? తల్లి గాని లేక తండ్రి గాని తనను వదిలి వెళ్ళిపోతున్నప్పుడు మీ శిశువు ఏడుస్తున్నదా?	Yes.....1 No.....0	
10.3	Does your child(name) have favorite things and people? మీ శిశువుకి ఇష్టమైన వస్తువులు లేదా వ్యక్తులు కాని ఉన్నాయా/ఉన్నారా?	Yes.....1 No.....0	
10.4	Does your child(name) show fear in some situations? మీ శిశువు కొన్ని పరిస్థులలో భయపడుతున్నట్లు కనిపిస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.5	Does your child(name) hand you a book when baby wants to hear a story? మీ శిశువుకి కథలు వినాలనిపించినప్పుడు మీకు పుస్తకం చేతికందిస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.6	Does your child(name) repeat sounds or actions to get attention? తన వైపు చూడడానికి మీ శిశువు శబ్దం గాని చేష్టలు గానీ పలుమార్లు చేస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.7	Does your child(name) put out arm or leg to help with dressing? మీ శిశువుకి బట్టలు వేసేటప్పుడు, కాళ్ళు మరియు చేతులు తొడిగేటప్పుడు సహరిస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.8	Does your child(name) play games such as “peek-a-boo” and “pat-a-cake”? మీ శిశువు ఆటలు ఆడతాడా? (దాగుడు మూతలు,చప్పట్లు లాంటివి)	Yes.....1 No.....0	

11.Language/Communication భాష అనుసంధానం

11. 1	Does your child(name) respond to simple spoken requests? మీ శిశువు చిన్న చిన్న మాటలకు బదులు ఇస్తారా?	Yes.....1 No.....0	
11. 2	Does your child(name) do the simple gestures, like shaking head “no” or waving “bye-bye”? మీ శిశువు సాధారణ సంజ్ఞలు చేస్తారా? (తల ఊపటం, చేతులు ఊపటం)	Yes.....1 No.....0	
11. 3	Does your child(name) make sounds with changes in tone (sounds more like speech)? మీ శిశువు స్వరము మార్పులు చేస్తూ శబ్దాలు చేస్తారా?	Yes.....1 No.....0	
11.4	Does your child(name) say “Thata”, “dada”, Mamma and exclamations like “uh-oh!” or ooh ? మీ శిశువు “మామా” మరియు “డాడా” ఇంకా “ఉహు-ఉహు” అని అరుపులు, కూతలు చేస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
11.5	Does your child(name) try to say words you say? మీ శిశువు మీరు పలికిన పదాలను సరిగ్గా అనుకరిస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	

12. Cognitive (learning, thinking, problem-solving) నేర్చుకోవడం, ఆలోచించడం, సమస్య సాధన

12.1	Does your child(name) explore things in different ways, like shaking, banging, throwing? మీ శిశువు వస్తువులతో ఆడుతుందా అనగా ఊపడం, బాదడం, విసిరి వేయటం?	Yes.....1 No.....0	
12.2	Does your child(name) find hidden things easily? మీ శిశువు మీరు దాచి పెట్టిన వస్తువులను పసిగట్టుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.3	Does your child(name) look at the right picture or thing when it’s named? మీరు వస్తువుల పేర్లు పెట్టి పిలిచినపుడు వాటిని సరిగ్గా చూస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.4	Does your child(name) copy gestures? మీ శిశువు మీ సంజ్ఞల్ని సరిగా అనుకరిస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.5	Does your child(name) start to use things correctly; for example, drinks from a cup, brushes hair? మీ శిశువు వస్తువులను సరిగా వాడడం మొదలు పెట్టినా? ఉదా: కప్పు లోంచి త్రాగడం, తల ద్రువ్వడం	Yes.....1 No.....0	

12.6	Does your child(name) bang two things together? మీ శిశువు రెండు వస్తువులను ఒకేసారి బాదుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.7	Does your child(name) takes things out of a container puts things in a container,? మీ శిశువు తనంతట తాను వస్తువులతో ఆడుకుంటుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.8	Does your child(name) poke with index (pointer) finger? మీ శిశువు చూపుడు వ్రేలుతో పొడవటం కాని చేస్తున్నదా?	Yes.....1 No.....0	
12.9	Does your child(name) follow simple directions like “pick up the toy”? మీ శిశువు మీరు చెప్పింది చేస్తుందా ? అనగా బొమ్మ తీయమనగానే తీయడం లాంటివి?	Yes.....1 No.....0	

13.Movement/Physical Development కదలిక /శారీరక ఎదుగుదల

13.1	Does your child(name) get to a sitting position without help? మీ శిశువు ఏ సహాయం లేకుండా కూర్చున్న చోటు నుంచి లేస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
13.2	Does your child(name) pull up to stand, walk holding on to furniture (“cruising”)? మీ శిశువు కుర్చీ,మంచం,బల్ల లాంటి వస్తువులు పట్టుకొని నిలబడటం కానీ, నడవడం కానీ చేస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
13.3	Does your child(name) stand alone? మీ శిశువు తనంటగా లేచి నిలబడుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
13.4	Does your child(name) take a few steps without holding on? మీ శిశువు ఆగకుండా కొన్ని అడుగులు వేస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
13.5	Does your child(name) take many steps without holding on? మీ శిశువు దేన్ని పట్టుకోకుండా చాలా అడుగులు వేస్తారా?	Yes.....1 No.....0	
13.6	Does your child(name) pick up objects with the tips of the thumb & fingers? మీ శిశువు వస్తువులను చేతి కొన వేళ్ళతో తీసుకుంటారా?	Yes.....1 No.....0	

14.Check list for delayed milestones మీ డాక్టరుతో మాట్లాడి త్వరిత చర్యలు తీసుకోండి : ఒక వేళ మీ శిశువు

14.1	Doesn't crawl పాకక పోవడం	Yes.....1 No.....0	
------	-----------------------------	-----------------------	--

14.2	Can't stand when supported సహాయంతో కూడా నిలబడపోకపోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.3	Doesn't search for things that she sees you hide శిశువు చూస్తుండగా మీరు దాచిన వస్తువులను వెతకక పోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.4	Doesn't say single words like "mam" or "dada" మామా/దాదా లాంటి చిన్న పదాలు పలకకపోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.5	Doesn't learn gesture like waving or shaking head తల ఊపటం/చేతులు ఊపటం లాంటి సంజ్ఞలు నేర్వకపోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.6	Doesn't point to things వస్తువులను వేలితో చూపకపోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.7	Has lost skills he once had ఒకప్పుటి నైపుణ్యాన్ని కోల్పోవడం	Yes.....1 No.....0	

THANK THE RESPONDENT FOR THE CO-OPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS

RECORD THE TIME: _____

Hour

Minutes

Life Pilot Study Post_Natal Visit 12 month Visit Anthrpometry Form(Mother)

12 Month

Participant ID _____ Participant Name _____ Family
code _____
Village _____ Date of data collection: |_____| |_____| |_____|
DD MM YYYY

NO	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
<u>BLOOD PRESSURE</u>			
<i>(Measured in right arm after 10 minutes of quiet seated resting, legs not crossed, not talking)</i>			
1.	Name and code of Blood Pressure Observer		
2.	Date and Time at start of Blood Pressure Procedure	_____ _____ _____ DD MM YYYY [:] am / pm	
3.	Arm used	RIGHT 1 LEFT 0	→ 18
4.	Please explain why the right arm was not used.	_____ _____ _____	
5.	Upper arm diameter at mid-point bony prominence of the shoulder girdle (acromion) and the tip of the elbow	[_____] # CM	
6.	Cuff Size	SMALL (16.0 - 22.5 cm) 1 REGULAR (22.6 - 30.0 cm)..... 2 LARGE (30.1 - 37.5 cm) 3	
7.	Cuff Pressure at which Radial Pulse is no longer felt <i>(Pulse Obliteration Pressure)</i> <i>(PALPATE RADIAL PULSE, THEN INFLATE CUFF UNTIL RADIAL PULSE IS NO LONGER FELT)</i>	_____ PRESSURE OF PULSE OBLITERATION + 30 = _____ MAXIMAL INFLATION PRESSURE	
8.	Blood Pressure Measurement #1	[_____] SYSTOLIC [_____] DIASTOLIC	
9.	Pulse Measurement #1	[_____] BEATS / MINUTE	
10.	Blood Pressure Measurement #2	[_____] SYSTOLIC [_____] DIASTOLIC	
11.	Pulse Measurement #2	[_____] BEATS / MINUTE	
12.	Blood Pressure Measurement #3	[_____] SYSTOLIC [_____] DIASTOLIC	
13.	Pulse Measurement #3	[_____] BEATS / MINUTE	
14.	Have you ever taken blood pressure medication prescribed to you by a doctor?	YES 1 NO 0	→ 29
15.	Are you currently taking blood pressure medication prescribed to you by a doctor?	YES 1 NO 0	
16.	Referral for high blood pressure indicated? <i>(REFER PARTICIPANT TO MEDICITI OUTPATIENT CLINIC IF SYSTOLIC BLOOD PRESSURE IS GREATER THAN 140 AND/OR DIASTOLIC BLOOD PRESSURE IS GREATER THAN 90)</i>	No, BP is normal..... 1 Yes, BP is abnormal & currently being treated 2 Yes, BP is abnormal & not currently being treated..... 3	

**Life Pilot Study Post_Natal Visit
12 month Visit Anthrppometry Form(Mother)**

12 Month

ANTHROPOMETRY												
17.	Name of anthropometry observer											
18.	Time and Date of Interview/Measurements	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="text-align: center;">YYYY</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black; text-align: center;">[:] am / pm</td> </tr> </table>				DD	MM	YYYY	[:] am / pm			
DD	MM	YYYY										
[:] am / pm												
HEIGHT												
19.	Standing Height Measurement #1	_____ . _____ cm										
20.	Standing Height Measurement #2	_____ . _____ cm										
21.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤ 5 mm	→37									
22.	Standing Height Measurement #3	_____ . _____ cm										
23.	Standing Height Measurement #4	_____ . _____ cm										
24.	How was height measured?	Stadiometer 1 Wooden measure on wall 2 Other 3										
WEIGHT												
25.	Body Weight (in kilograms)	_____ . _____ kg										
WAIST CIRCUMFERENCE												
26.	Were waist measurements taken over clothing?	YES.....1 NO0	→ 41									
27.	What type of clothing?	COTTON SAREE 1 SILK SAREE 2 SALWAR KAMEEZ 3 OTHER 4										
28.	Waist Circumference Measurement #1	_____ . _____ cm										
29.	Waist Circumference Measurement #2	_____ . _____ cm										
30.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤ 10 mm	→ 46									
31.	Waist Circumference Measurement #3	_____ . _____ cm										
32.	Waist Circumference Measurement #4	_____ . _____ cm										
HIP CIRCUMFERENCE												
33.	Were hip measurements taken over clothing?	YES.....1 NO 0	→ 48									
34.	What type of clothing?	COTTON SAREE1 SILK SAREE2 SALWAR KAMEEZ3 OTHER 4										
35.	Hip Circumference Measurement #1	_____ . _____ cm										
36.	Hip Circumference Measurement #2	_____ . _____ cm										
37.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤ 10 mm	→53									
38.	Hip Circumference Measurement #3	_____ . _____ cm										
39.	Hip Circumference Measurement #4	_____ . _____ cm										

**LIFE Pilot Study – Post-Natal Visit
Child's 12 Month Visit Anthropometry Form**

12 Month

Participant ID _____ Participant Name _____ Family
code _____
Village _____ Date of data collection: |_____| |_____| |_____|
DD MM YYYY

Child Name: _____

ANTHROPOMETRY

1.	Name of anthropometry observer										
2.	Time and Date of Interview/Measurements	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> _____ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> _____ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; text-align: center;"> _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="text-align: center;">YYYY</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding-top: 5px;">[__:__] am/pm</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	DD	MM	YYYY	[__:__] am/pm		
_____	_____	_____									
DD	MM	YYYY									
[__:__] am/pm											

HEAD CIRCUMFERENCE

3.	Head Circumference Measurement #1	_____.____ cm
4.	Head Circumference Measurement #2	_____.____ cm
5.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤10 mm → 8
6.	Head Circumference Measurement #3	_____.____ cm
7.	Head Circumference Measurement #4	_____.____ cm

LENGTH

8.	Were length measurements taken over clothing?	YES..... 1 NO 0
9.	Length Measurement #1	_____.____ cm
10.	Length Measurement #2	_____.____ cm
11.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is ≤ 10 mm →14
12.	Length Measurement #3	_____.____ cm
13.	Length Measurement #4	_____.____ cm

MID-UPPER ARM CIRCUMFERENCE

14.	Was arm measurement taken over clothing?	YES..... 1 NO 0
15.	Which arm was used for measurement? (Use right arm if possible)	RIGHT.....1 LEFT.....2
16.	Arm Circumference Measurement #1	_____.____ cm
17.	Arm Circumference Measurement #2	_____.____ cm

**LIFE Pilot Study – Post-Natal Visit
Child’s 12 Month Visit Anthropometry Form**

12 Month

18.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is \leq 10 mm	→21
19.	Arm Circumference Measurement #3	_____.____ cm	
20.	Arm Circumference Measurement #4	_____.____ cm	
<u>ABDOMINAL CIRCUMFERENCE</u>			
21.	Was abdominal circumference measurement taken over clothing?	YES..... 1 NO 0	
22.	Abdominal Circumference Measurement #1	_____.____ cm	
23.	Abdominal Circumference Measurement #2	_____.____ cm	
24.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is \leq 10 mm	→27
25.	Abdominal Circumference Measurement #1	_____.____ cm	
26.	Abdominal Circumference Measurement #2	_____.____ cm	
<u>CHEST CIRCUMFERENCE</u>			
27.	Was chest circumference measurement taken over clothing?	YES..... 1 NO 0	
28.	Chest Circumference Measurement #1	_____.____ cm	
29.	Chest Circumference Measurement #2	_____.____ cm	
30.	Difference between Measurement 1 & Measurement 2	_____ mm Difference is \leq 10 mm	→END
31.	Chest Circumference Measurement #1	_____.____ cm	
32.	Chest Circumference Measurement #2	_____.____ cm	
<u>WEIGHT</u>			
33.	Body Weight (in kilograms)	_____ kg	

APPENDIX V
RECORD FORM – DASII

Code no. _____ Tester: _____ Testing Date _____

Name: _____ Sex: _____ Birth Date: _____

Chrono Age: _____

Address: _____

Scoring code: Pass: Fail: Omitted:O Reported: R

Prior Pass : PP,

Rest Fail : RF

A. MOTOR SCALES

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
1	Lifts head off when at shoulder భుజం పై వేసుకున్నప్పుడు తల ఎత్తుట.	.1	.1*	1.4	1	I
2	Prone – Lateral head movements బోర్లా పడుకోపెట్టినప్పుడు తల ప్రక్కకు తిప్పుట.	.1	.1*	1.4	2	I
3	Prone- Crawling movements బోర్లా పడుకోపెట్టినప్పుడు పాకుటకు ప్రయత్నం	.3	.1*	1.4	3	III
4	Postural adjustment at shoulder భుజం పై వేసుకున్నప్పుడు మన శరీరానికి అనుగుణంగా ఒదిగి పోవడం.	.6	.1*	1.4	4	II
5	Arms thrust in play చేతులు ఆడించడం.	.7	.1*	1.4	5	II
6	Turns from side to back ఒక పక్క నుండి వెనుకైకి దొర్లటం.	.7	.1*	1.4	6	II
7	Head erect and vertical భుజం పై వేసుకున్నప్పుడు తల ఎత్తి , నిటారుగా ఉంచుట(3 సెకనుల కంటే ఎక్కువ)	.8	.1*	1.4	7	I
8	Sits with support పూర్తిగా మన సహాయముతో కూర్చోగలగడం.	.8	.1*	2.3	8	II
9	Legs thrust in play కాళ్ళు ఆడించడం.	.9	.1*	1.4	9	II
10	Retains Red-ring రెడ్ రింగ్ ని చేతితో పట్టుకోగలడం.	.9	.1*	1.5	9	V
11	Dorsal Suspension – lifts head వెనక్కి పడుకోపెట్టినప్పుడు తల లేపుట.	.9	.5*	2.5	12	I
12	Prone Elevates self by arms బోర్లా పడుకోపెట్టినప్పుడు తనంత తాను చేతుల సహాయంతో తల మరియు భుజాలు పైకి లేపుట.	1.1	.7*	2.9	13	II
13	Head erect and steady 30 seconds (approx) భుజంపై వేసుకున్నప్పుడు తల ఎత్తి, నిటారుగా ఉంచుట(3 సెకనుల కంటే ఎక్కువ)	1.4	.8	2.3	11	I
14	Holds head steady తల స్థిమితంగా ఉంచుట.	1.5	1.1	3.3	14	I

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
15	Sits with slight support కొంచెం సహాయముతో కూర్చోగలగడం	1.6	.9	3.3	15	II
16	Hands predominantly open అర చేతులు తెరచి ఉంచడం	2.0	.1	3.9	17	V
17	Cube-hold- Ulnar Palmer క్యూబ్ ని అరచేతు మరియు చేతి వేళ్ళ సహాయంతో పట్టుకోవడం	2.2	1.1	3.3	16	V
18	Turns from back to side వెన్ను పై నుంచి పక్కకు తిరుగుట.	2.6	1.1	4.7	18	II
19	Head balanced తల నిటారుగా ఉంచుట.	2.8	1.2	5.3	19	I
20	Pulls to sitting-position కూర్చోవడానికి ప్రయత్నించుట.	3.3	1.8	5.9	21	II
21	Partial thumb apposition Cube hold digital palmer క్యూబ్ ని అరచేతు మరియు చేతి వేళ్ళ సహాయంతో పట్టుకొని, బొటన వేలుతో ఆపడం	3.4	1.8	5.9	22	V
22	Effort to sit కూర్చోవడానికి ప్రయత్నించుట.	3.5	1.8	5.5	20	II
23	Sits alone momentary ఏ సహాయము లేకుండా కూర్చోవడం (3 సెకనుల కంటే ఎక్కువ)	3.6	2.8	6.2	24	II
24	Rotates Wrist మణికట్టు దగ్గర చేతిని ఆడించడం	4.1	2.8	5.89	23	V
25	Unilateral reaching ఒక చేతిలో అందుకోవడానికి ప్రయత్నించుట.	4.2	2.8	7.4	29	V
26	Rolls From back to stomach వెన్ను పై నుంచి బోర్లా పడుట.	4.6	2.8	7.1	26	II
27	Sits alone 30 sec. or more ఏ సహాయము లేకుండా కూర్చోవడం (3 సెకనుల కంటే ఎక్కువ)	4.9	3.9	7.1	27	II
28	Attempts to secure pellet Pellet తీసుకోవడానికి ప్రయత్నించుట.	4.9	3.9	7.4	30	V
29	Pulls to standing position లేచి నిలబడుటకు ప్రయత్నించుట.	5.2	3.9	7.1	28	II
30	Sits alone steady ఏ సహాయము లేకుండా వెన్ను నిటారుగా ఉంచి కూర్చోనుట.	5.6	4.1	6.4	25	II
31	Sits alone Good – Co – Oridination ఏ సహాయము లేకుండా సమన్వయంతో కూర్చోనుట.	5.7	4.3	7.5	33	II
32	Cube-hold complete thumb – Apposition (Radial Digital) క్యూబ్ ని కేవలం చేతి వేళ్ళతో పట్టుకొనుట.	5.7	4.0	7.5	34	V
33	Early stepping Movements నిలబెట్టి పట్టుకున్నప్పుడు అడుగులు వేయుటకు ప్రయత్నించుట.	5.7	4.8	7.4	31	III

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
34	Pre- walking Progression దూరంగా ఉన్న వస్తువు దగ్గరికి వెళ్ళుటకు ప్రయత్నించుట.	5.7	4.8	7.4	32	III
35	Scoops pellet చిన్న వస్తువులను పట్టుకొనుటకు ప్రయత్నించుట.	6.4	4.9	7.6	35	V
36	Partial finger prehension pellet చిన్న వస్తువులను బొటన వేలు మరియు ఇతర చేతి వేళ్ళతో పట్టుకొనుటకు ప్రయత్నించుట.	6.6	5.3	9.2	36	V
37	Raises self to sitting తనంత తాను లేచి కూర్చునుట.	6.9	5.9	9.2	37	II
38	Stepping movements అడుగులు వేయుట(నిల బెట్టి పట్టుకొన్నప్పుడు)	7.5	6.0	9.3	38	III
39	Stands up by furniture ఫర్నిచర్ పట్టుకొని లేచి నిలబడటం.	7.9	6.4	9.9	39	II
40	Fine-Prehension-Pellet చిన్న వస్తువులను బొటన వేలు మరియు చూపుడు వేళ్ళ మధ్యన పట్టుకొనుట.	8.3	6.9	10.0	41	V
41	Combines cubes or spoons in Midline రెండు చేతులతో మధ్యరేఖ లోకి తెచ్చుట.	8.5	6.9	9.9	40	V
42	Walks with help సహాయముతో నడవడం.	8.5	6.9	10.9	42	V
43	Pat-a-cake- Mid-line Skill రెండు చేతులను శరీర మధ్యరేఖ లోకి తెచ్చుట.(చప్పట్లు కొట్టుటకు ప్రయత్నించుట.)	8.7	6.4	10.1	43	V
44	Sits Down నిలబడిన స్థితి నుండి కూర్చోగలగడం	9.3	7.0	12.2	44	II
45	Stands alone for a few moments ఏ సహాయమ లేకుండా నిలబడి ఉండడం	10.1	7.1	12.2	45	II
46	Stands-up from supinc position through rolling on stomach and on fours వెన్ను పై పడుకున్న స్థితి బోల్దాపడి చేతుల సహాయముతో లేచి నిలబడ గలగడం	11.1	7.1	12.2	46	II
47	Throws a ball – directed బంతిని విసిరేయడం	11.6	9.8	15.2	48	V
48	Walks alone a few steps తనంత తానే నడవగలగడం.	12.0	7.9	14.4	47	III
49	Walks sideways పక్కకు నడవడం	13.3	11	15.2	49	III
50	Walks backwards వెనక్కు నడవడం	13.5	11.2	16.1	50	III
51	Stands on right foot with help సహాయముతో కేవలం కుడి కాలుపై నిలబడగలగడం.	13.9	11.2	17.4	51	IV
52	Stands on left-foot with help సహాయముతో కేవలం ఎడమ కాలుపై నిలబడగలగడం.	13.9	11.2	17.4	52	IV

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
53	Climbs up steps with help సహాయముతో మెట్లు పైకి ఎక్కుట.	14.8	13.1	21.4	54	III
54	Walks down steps with help సహాయముతో మెట్లు కిందికి దిగుట.	16.6	13.2	21.3	53	III
55	Tries to stand on walking board Walking board పై నిలబడడానికి ప్రయత్నించుట.	19.2	16.0	24.1	56	IV
56	From supine to erect through sideways turn వెన్ను పై నుండి పక్కకు తిరిగి లేచి నిలబడుట.	19.2	16.3	23.5	55	II
57	Climbs down alone- one step at a time ఒంటరిగా మెట్లు దిగుట-ఒక మెట్టుకు ఒక అడుగు వేసూకుంటూ.	22.1	17.1	27.3	57	IV
58	Walks on line – 10 feet general direction సరళ రేఖపై నడచుట- 10 అడుగులు సాధారణ దిశలో	22.2	20.8	28.4	61	IV
59	Climbs up – alone step by step ఒంటరిగా మెట్లు ఎక్కుట - ఒక మెట్టుకు ఒక అడుగు వేసూకుంటూ.	22.9	19.2	29.4	62	IV
60	Walks the board with one foot on ఒక కాలు బోర్డు మీద పెట్టి నడవడం	23.5	20.8	28.3	58	IV
61	Stands on left foot alone కేవలం ఎడమ కాలుపై నిలబడుట	24.7	21.9	28.3	59	IV
62	Stands on right foot alone కేవలం కుడి కాలుపై నిలబడుట.	24.7	21.9	28.3	60	IV
63	Jumps off floor – both feet together నేల నుండి పైకి ఎగురుట -రెండు కాళ్ళతో ఒకేసారి.	25.7	22	29.4	63	IV
64	Stands on walking board with both feet on Walking board పై రెండు కాళ్ళతో నిలబడుట.	26.1	21.0	30.6	65	IV
65	Walks on tip-toe, 4-5 steps కాలి వేళ్ళ మీద నడవడం 4-5 అడుగులు.	27.4	22.0	30.6	65	IV
66	Jumps off from chair – Both feet together(ht.10") కుర్చీ మీద ఎగరడం - రెండు కాళ్ళతో ఒకేసారి.(10" ఎత్తు)	27.7	22.2	30.6	66	IV
67	Supine to erect – with out turning వెన్ను పై నుండి లేచి నిలబడుట - పక్కకు తిరగకుండా.	27.7	25.9	30.6	67	II

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

B-MENTAL SCALES

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
1	Responds to sound of Bell గంట శబ్దమునకు చలించుట.	.1	.1*	1.4	1	II
2	Momentary regard of red ring lLi ² `¶ LjiLig`i ©«sV ఁRÁW ² R¶ÉÁLi	.1	.1*	1.4	3	I
3	Quiets when picked – up ఏడుస్తున్నపుడు ఎత్తు కొనినచో నిశ్శబ్దమవుట.	.1	.1*	1.4	3	V
4	Responds to sound of Rattle ఆట వస్తువుతో శబ్దమునకు చలించుట.	.1	.1*	1.4	4	II
5	Responds to voice మాటల శబ్దమునకు చలించుట.	.1	.1*	1.4	5	II
6	Responds to sound of Light Switch లైట్ స్విచ్ శబ్దమునకు చలించుట.	.1	.1*	1.4	6	II
7	Regards a person momentarily (count 3) ఎదుటి వ్యక్తిని అలాగే చూచుట.	.2	.1*	1.4	7	I
8	Horizontal eye co-ordination (Red ring) రెడ్ రింగ్ ను సమాంతరంగా కదిలించినపుడు చూచుట.	.6	.1*	1.4	8	I
9	Circular eye co-ordination (Red ring) రెడ్ రింగ్ ను పైకి కిందికి వృత్తాకారంగా కదిలించినపుడు చూచుట	.6	.1*	2.5	15	I
10	Follows moving person కదిలే వ్యక్తిని చూచుట.	.7	.1*	1.4	9	I
11	Horizontal eye co-ordination Red light (Torch) సమాంతరంగా కదిలే టార్చ్ లైట్ ను చూచుట.	.7	.1*	1.5	12	I
12	Vertical eye co-ordination Red light (Torch) నిలువుగా కదిలే టార్చ్ లైట్ ను చూచుట.	.7	.1*	2.4	14	I
13	Vertical eye co-ordination Red light నిలువుగా కదిలే రెడ్ రింగ్ ను చూచుట.	.7	.1*	2.5	16	I
14	Prolonged regard of Red- ring రెడ్ రింగ్ ను అలాగే చూచుట.(30 సెకనుల కంటే ఎక్కువ)	.8	.1*	1.4	10	I
15	Vocalizes once – twice అ/కూ/ఊ శబ్దము చేయుట(1 లేదా 2 సార్లు)	.8	.1*	1.5	13	VI
16	Free inspection of surroundings చుట్టూ పరిసరాలను పరీశీలించుట.	.8	.1*	1.4	11	I
17	Circular eye co-ordination – Red light(Torch) వృత్తాకారంలో కదిలే టార్చ్ లైట్ ను చూచుట.	1.0	.1	2.5	17	I
18	Turns eyes to Red ring రెడ్ రింగ్ ను చూడటానికి కళ్ళు పక్కకు తిప్పుట.	1.4	.6	2.6	18	I
19	Vocalizes more than tree times అ/కూ/ఊ శబ్దము చేయుట(3 సార్ల కంటే ఎక్కువ)	1.5	.2	2.6	19	VI
20	Tester smiles child quiets పరీక్షకుడు నవ్విినపుడు శిశువు నిశ్శబ్దమగుట	1.6	.5	2.6	20	V

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
21	Anticipatory excitement to being lifted ఎత్తుకొన్నప్పుడు ఉత్సాహ భరితంగా ఉండటం.	1.6	.5	2.6	21	V
22	Reacts to paper on face మొహం మీద ఉన్న కాగితం ముక్కకు ప్రతిచర్య చూపించడం	1.6	.1	2.6	22	I
23	Searches with eyes for sound ధ్వని/ శబ్దం కొరకు కళ్ళతో వెతుకుట	1.6	.2	2.6	23	II
24	Socail smile – T smiles, nods, talks- child smiles సాంఘిక నవ్వు, తల ఆడించడం, మాటలకు శిశువు నవ్వుట.	1.6	.5	2.6	24	V
25	Turns eyes to light కాంతి వైపు కళ్ళ తిప్పుట.	1.6	.6	2.6	25	I
26	Visually recognise mother అమ్మను చూసినపుడు గుర్తుపట్టడం	1.6	1.0	3.1	27	IV
27	Vocalizes to T's social smile and talk మనం నవ్వినపుడు, మాట్లాడినపుడు శబ్దం చేయుట.	1.7	.7	2.6	26	V
28	Anticipatory adjustments to being lifted మనం ఎత్తుకొనే ముందు శిశువు తన శరీరాన్ని అనుగుణంగా మార్చు కోవడం	1.8	1.1	3.2	28	V
29	Vocalizes two syllables రెండు రకాల శబ్దాలు చేయుట(ప,కూ,గ)	2.0	.9	3.2	30	VI
30	Reacts to disappearance of face అదృశ్యమయిన మొహం కొరకు ప్రతిచర్య చూపించుట.	2.0	1.0	3.3	29	IV
31	Blinks at shadow of hand చేతి నీడను చూసి కను రెప్పలు ఆడించుట.	2.3	.9	3.3	31	I
32	Eyes follow pencil (Yellow) పసుపు పచ్చ పెన్సిల్ ను సమాంతరంగా కదిలించినపుడు దాన్నే చూడడం	2.3	.9	3.3	32	I
33	Regards cube (red) రెడ్ క్యూబ్ ను చూడడం	2.5	1.2	3.9	33	I
34	Glances from one object to another ఒక వస్తువు నుంచి మరొక వస్తువు పైకి దృష్టి మరల్చుట.	2.5	1.2	3.9	34	III
35	Manipulates Red – ring రెడ్ రింగ్ ను చేత్తో పట్టుకొని ఆడు కొనుట.	2.7	1.2	4.3	36	III
36	Reaches for dangling ring కదిలే రింగ్ ను చేరుటకు ప్రయత్నించుట.	2.7	1.4	4.3	37	III
37	Simple play with Rattle శబ్దం చేసే ఆట వస్తువుతో ఆడుకొనుట.	2.7	1.1	4.2	35	III
38	Follows vanishing spoon చెంచాను కనుమరుగయ్యే వరకు చూడటం	2.7	1.4	4.3	38	I
39	Aware of strange situation కొత్త పరిస్థాలను గుర్తించగలగడం	2.7	1.4	4.3	39	IV
40	Eyes follow ball across table కదులుతున్న బంతి వైపు చూడటం.	2.7	1.4	4.3	40	I

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
41	Fingers hands in play తన చేతి వేళ్ళతో తనే ఆడుకోవడం	2.8	1.4	4.3	41	III
42	Manipulates Table edges slightly బల్ల అంచును తాకుతూ ఆడుకోవడం	2.8	1.7	4.3	42	III
43	Carries Red ring to mouth రెడ్ రింగ్ ను నోట్లో పెట్టుకోవడానికి ప్రయత్నించుట.	2.9	1.7	4.3	43	III
44	Follows vanishing Dangling Red ring కనుమరుగయ్యే వరకు రెడ్ రింగ్ ను చూడటం.	2.9	1.7	4.3	44	I
45	Turns head to sound of Bell గంట శబ్దమునకు తల తిప్పుట.	3.2	1.8	4.7	45	II
46	Turns head to sound of rattle అట వస్తువు శబ్దమునకు తల తిప్పుట.	3.2	1.6	4.7	46	II
47	Inspects own hands తన చేతులను తానే పరిశీలించుట.	3.3	1.8	5.3	48	I
48	Mirror image – approach అద్దం లోని తన ప్రతిబింబమును చేరుటకు ప్రయత్నించుట.	3.3	1.8	5.5	49	V
49	Active tables edge manipulation బల్ల అంచును తాకుతూ ఆడుకోవడం	3.3	1.8	5.5	50	V
50	Closes on dangling Red- ring కదిలే రెడ్ రింగ్ దగ్గరకు చేరుకొనుట.	3.5	1.8	4.7	47	III
51	Reaches for cube క్యూబ్ ను అందుకొనుటకు ప్రయత్నించుట.	3.6	1.8	5.5	51	III
52	Likes frolic play పైకి ఎత్తుకొని ఆడించడాన్ని ఇష్టపడటం.	3.9	2.8	5.8	55	V
53	Exploratory paper play కాగితములో ఆడుకోవడం	4.0	2.8	5.5	52	III

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
54	Ragards pellet చిన్న వస్తువును తీక్షణంగా చూడటం	4.0	2.8	5.5	53	I
55	Reatians two cubes రెండు క్యూబ్ లను రెండు చేతుల్లో పట్టుకోవడం	4.0	2.8	5.8	56	III
56	Eye co-oparetion in reaching క్యూబ్ చూస్తూ దాన్ని చేరుకోవడానికి ప్రయత్నించుట.	4.1	2.6	5.6	54	III
57	Vocalizes attitudes భావోద్వేగాలకనుగుణంగా శబ్దములు చేయుట.	4.2	2.6	6.2	57	VI
58	Discriminates strangers అపరిచితులను గుర్తు పట్టుట.	4.3	2.8	6.4	58	V
59	Picks up cubes క్యూబ్ ని చేతిలోకి తీసుకొనుట.	4.4	2.8	6.4	59	III
60	Sustained inspection of Red – ring రెడ్ రింగ్ ను దీర్ఘంగా పరీశీలించుట.	4.4	2.9	6.4	60	I
61	Turns head after fallen spoon పడిపోయిన స్పూన్ కోసం తల తిప్పుట.	4.6	2.9	6.5	61	IV
62	Recoveres rattle fallen from hand కింద పడిపోయిన ఆట వస్తువును మళ్ళీ చేతులోకి తీసుకొనుట.	4.7	3.1	6.5	62	IV
63	Lifts cup కప్ ను చేతిలోకి తీసుకొనుట.	4.7	3.5	6.5	63	III
64	Reaches persistency క్యూబ్ ను చేరే వరకు అదే పనిగా ప్రయత్నించుట.	4.8	3.1	6.5	64	III
65	Smiles at mirror image అద్దంలోని తన ప్రతిబింబమును చూసి నవ్వుట.	4.8	3.8	6.5	65	V
66	Reaches for second cube ఒక చేతిలో క్యూబ్ ఉండగా, రెండో క్యూబ్ చేరుటకు ప్రయత్నించుట	5.1	3.8	7.3	69	III
67	Exploratory string play తాడుతో ఆడుకోవడం.	5.1	3.9	6.5	66	III
68	Bangs in play ఆట వస్తువులను నేలపై కొడుతూ ఆడుకోవడం.	5.3	3.9	6.6	67	III
69	Interest in sound production శబ్దం ఉత్పత్తి చేయుటలో ఆసక్తి కనబరచుట.	5.3	3.9	6.6	68	III
70	Transfers object hand to hand ఒక చేతి నుండి ఇంకొక చేతికి వస్తువును మార్చుకొనుట.	5.5	3.9	7.4	70	III

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS				CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%	97% Rank	
71	Picks up cube deftly and directly క్యూబ్ నేరుగా చేతితో పట్టుకోవడం.	5.6	3.9	7.4	71	III
72	Lifts cup by handle కప్ ను హ్యాండిల్ తో పట్టుకొనుట.	5.6	4	7.4	72	III
73	Pulls string and secure Red string తాడుతో కట్టిన రింగ్ ను, తాడు లాగి దగ్గరకు తీసుకొనుట.	5.6	4.2	7.4	73	III
74	Looks for fallen spoons పడిపోయిన స్పూన్ కోసం చూచుట	5.7	4.7	7.4	74	IV
75	Retains two of three cubes offered మూడు క్యూబ్ లు ఇస్తే, రెండు క్యూబ్ లను పట్టుకోవడం.	5.7	4.7	7.4	75	III
76	Playfull response to mirror అద్దంలో ప్రతిబింబంతో ఆడుకోవడం.	5.7	4.7	8	77	V
77	Attempts to secure 3 cubes మూడు క్యూబ్ లు పట్టుకోవడానికి ప్రయత్నించుట.	5.9	4.8	9.3	84	III
78	Co-operates in games ఆటలో సహకరించుట.	6.1	4.8	8	78	V
79	Manipulates bell – interest in details గంటను పరీశీలిస్తూ ఆడుకొనుట.	6.2	4.8	7.5	76	III
80	Pulls string adaptively and secure Red ring రింగ్ కావాలని తాడుని లాగి, రింగ్ తీసుకొనుట.	6.4	4.8	8	78	VIII
81	Listens selectively to familiar words తెలిసిన పదాలను ప్రత్యేకంగా వినడం.	6.4	5	9	82	VII
82	Vocalizes four different syllabus నాలుగు వేరు వేరు రకాల శబ్దాలను చేయుట. (ఉదా: ఆ, గూ, మ, ద. మొ)	6.4	4.9	8.5	80	VI
83	Uncovers toy బొమ్మ కోసం దానిపై కప్పిన రుమాలును తీసేయడం.	6.5	4.8	9.1	83	IV
84	Attends to scribbling కాగితంపై పెన్సిల్ తో గీయడం.	6.7	5	8.5	81	I

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
85	Rings bells purposively గంటతో శబ్దం చేయుటకు ప్రయత్నించుట.	7.4	6.0	9.3	85	IX
86	Says "da – da" or equivealent 'ద-ద' / 'మ-మ' / 'క-క' పలకడం.	8.1	6.4	9.8	88	VI
87	Picks up cup & secures Toy బొమ్మ పై కప్పిన కప్పును తీసేసి, బొమ్మ తీసికొనుట.	8.1	6.8	9.4	86	IV
88	Adjusts to words పరిచయము ఉన్న వస్తువులను అడిగినపుడు వాటి వైపు చూడడం.	8.2	6.1	9.4	87	VII
89	Fingers holes in peg- board పెగ్ బోర్డులోని రంధ్రాల్లో వేళ్ళు పెట్టుటకు ప్రయత్నించుట.	8.7	6.4	11.1	90	III
90	Looks at pictures in Book పుస్తకంలోని బొమ్మలను చూడడం.	8.8	7.0	10.1	89	I
91	Looks for contents of box డబ్బాలోని వస్తువులను చూడడం.	8.9	7.0	11.1	91	IV
92	Inhibits on command ఆదేశం ప్రకారం నడుచుకోవడం.	9.4	7.0	11.1	91	VII
93	Puts cube in cup on command ఆదేశం ప్రకారం క్యూబ్ ని కప్ లో వేయడం.	9.7	7.3	11.3	94	VII
94	Uses expressive JARGUN హావభావాలను వ్యక్తపరచడానికి శబ్దము/ పదాలను వాడుట.	9.9	7.0	11.2	93	VI
95	Repeats performance laughed at శిశువు చేసిన పనిని చూసి నవ్వివపుడు దానిని మళ్ళీ చేయుట.	10.0	7.3	12.2	98	V
96	Holds color stick adaptively కలర్ పెన్సిల్ ను అనుగుణంగా పట్టుకోవడం.	10.0	7.3	11.3	95	IX
97	Unwraps cube క్యూబ్ ను బహిర్గత పరచుట.	10.2	7.3	11.3	96	IV
98	Turns pages of book పుస్తకం లోని పేజీలు తిప్పుట	10.4	8.3	11.3	97	III
99	Stris spoon in cup in imitation కప్ లో స్పూన్ తో తిప్పుట.	10.6	9.2	12.2	99	V
100	Attempts to initiate scribble గీయడానికి ప్రయత్నించుట.	10.7	9.2	12.4	100	V
101	Dangles Red ring by string తాడుతో రెడ్ రింగ్ ను కొట్టుట.	10.7	8.4	12.4	101	V

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
102	3 or more cubes in cup 3/ ఎక్కువ క్యూబ్స్ కప్ లో	10.8	9.5	13.1	102	VII
103	Imitates words పదాలను అనుకరించుట.	10.9	9.8	14.3	104	V
104	Pushes car along కారును నెట్టుట.	11.4	9.0	14.4	106	IX
105	Uncovers square – box స్క్వేర్ బాక్స్ ను బహిర్గత పరచుట.	11.4	9.8	14.4	107	III
106	Puts square – beads in square box through lid – hole (6 out of 8) స్క్వేర్ బీడ్స్ ను స్క్వేర్ బాక్స్ మూత రంధ్రం నుండి లోపల వేయడం	11.4	9.8	14.3	105	VII
107	Pats while doll in imitation ఈల బొమ్మను తట్టడం అనుకరించుట.	11.6	9.9	13.4	103	V
108	Places one peg repeatedly ఒక పెగ్ ను పదే పదే పెట్టడం	11.8	10.0	15.4	109	III
109	Removes pellet from bottle సీసా నుండి పెల్లెట్ తీయుట.	12.4	9.9	15.5	110	V
110	Spontaneous scribble అనుకోకుండా గీయడం.	13.2	10.0	15.2	108	IX
111	Uses gestures to make wants known కావలనుకున్నది చెప్పడానికి సంజ్ఞలు వాడుట.	12.2	10.0	15.5	111	VI
112	Builds tower of 3 cubes 2 క్యూబ్స్ లతో టవర్ నిర్మించుట.	13.2	11.2	16.1	113	III
113	Closes round box గుండ్రటి డబ్బాను మూయుట.	13.5	10.9	15.5	112	III
114	Says TWO words 2 పదాలు పలుకుట.	14.3	11.2	17.1	116	VI
115	Shows shoes, or some other clothing or own toy బూట్లు / బట్టలు / బొమ్మలు చూపుట.	14.3	11.2	16.4	114	VII
116	Adjusts one round block in board with 3 shapes in two lines (BSTL) రౌండ్ బ్లాక్ ను బోర్డులో పెట్టుట. - 2 ఆకారాల్లో మళ్ళీ మళ్ళీ,(BTSR)	14.3	11.2	17.4	117	VIII
117	Adjusts round block in Board with 3 shapes in a line (BSOL) రౌండ్ బ్లాక్ ను బోర్డులో పెట్టుట. - 3 ఆకారాలు ఒకే రేఖలో,(BTSR)	14.7	13.2	16.4	115	VIII

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

ITEM No	ITEM DESCRIPTION	AGE - PLACEMENTS			97% Rank	CONTENT CLUSTER
		50%	3%	97%		
118	Attains toy with stick కట్టెతో బొమ్మను అందుకొనుట.	14.7	13.1	18.4	118	VIII
119	Builds tower of 3 cubes 3 క్యూబ్స్ లతో టవర్ నిర్మించుట.	15.1	13.4	18.4	119	III
120	Imitates strokes గీయడం అనుకరించుట.	15.7	14.1	20.4	125	V
121	Pegs placed in 70 seconds 70 సెకన్ లలో పెగ్ లను పెట్టుట.	16.3	14.2	19.6	120	X
122	Adjusts round block in Board with 3 shapes in two lines (BSTL) రౌండ్ బ్లాక్ ను బోర్డ్ లో పెట్టుట - 3 ఆకారాలను రెండు వరుస లలో.	16.3	14.1	20.3	123	VIII
123	Pegs placed in 42 seconds 42 సెకనులలో పెగ్ లను పెట్టుట.	16.7	14.9	20.1	121	X
124	Follows directions – Doll దిశలను అనుసరించుట.	16.9	15	22.2	122	VII
125	Adjusts two round blocks in Board for 2 shapes repeated(BTSR) 2 రౌండ్ బ్లాక్ ను బోర్డ్ లో పెట్టుట 2 ఆకారాలను మళ్ళీ మళ్ళీ	17.3	14.1	20.2	124	VIII
126	Uses words to make wants known చెప్పాలనుకున్నది పదాలలో చెప్పుట.	17.5	14.2	22.4	127	VI
127	Points body – parts of doll బొమ్మ శరీర భాగాలను చూపుట.	17.6	16	21.1	126	VIII
128	Adjusts 2 round and 2 squares in BTSR 2 వృత్తాలు మరియు స్కేర్స్ BTSR లో పెట్టుట.	18.3	16.1	23.2	129	VIII
129	Selects cup hiding the toy బొమ్మను దాచిన కప్ ను ఎంచుకొనుట.	19	18	23.5	130	IV
130	Diffrentiates a scribble and a stroke గజి బిజి గీయడం మరియు గీయడం మధ్య తేడా తెలుసుకొనడం.	19.5	18	22.5	128	IX
131	Names ONE object ఒక వస్తువు పేరు చెప్పుట.	19.8	17	23.5	131	VII
132	Completes BSTL BSTL పూర్తి చేయుట.	19.8	18.3	23.5	132	VIII
133	Adjusts six blocks in BTSR BTSR లో 6 బ్లాక్ లను పెట్టుట.	19.9	17	23.5	133	VIII

APPENDIX V (Contd.)
RECORD FORM – DASII(Contd.)

APPENDIX VI :

RESULTS

Code No.: _____

Testing date _____

Name : _____

Birth date _____

Total Score : Motor

Mental

Performance MoA

MeA

50% Pass

97% Pass

Development DmoQ

DMcQ

50% Pass level

97% Pass level

Deviation Quotients MoDQ

McDQ

Percintile Rank

Clusters Motor

Mental

Cluster No	Motor Clusters and no.of items	Score	Cluster No.	Mental Clusters and no.of items	Score
I	Neck Control (7)		I	Cognizance (Visual)(25)	
II	Body Control (23)		II	Cognizance (Auditory)(25)	
III	Locomotion – 1 (10)		III	Reaching & manipulation (36)	
IV	Locomotion – 2 (13)		IV	Memory (11)	
V	Manipulation(14)		V	Social interaction & initiative behavior (22)	
			VI	Language 1 (Vocalization, speech and communication)(11)	
			VII	Language 2 (Vocabulary, speech and comprehension)(18)	
			VIII	Understanding relationship(18)	
			IX	Differentiate by Use , shape and movements	
			X	Manual Dexterity(7)	



18 month

SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2011
Life Pilot Study 18 Month Post-Delivery Visit Questionnaire
IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel : _____

Husband's Name : _____ Study ID: _____

Wife's Name : _____ Study ID: _____

Child Name : _____ Date of Birth : _____

Date of Interview : / / Age in completed months : ____

DAY MONTH YEAR

Sex of the baby: ____

Record the Time of Interview

Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

1. HEALTH I have some general questions about your health and your health history																							
1.1	Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు? చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4																					
1.2	Did you have any of the following in the past month? గత నెలలో మీకేమైనా ఈ క్రింది వాటిలో ఉన్నవి ఉన్నాయా ? a. Diarrhea విరేచనాలు b. Blood in stools మలంలో రక్తం c. Respiratory infections(cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలయినవి) d. Throat infections (sore throat) గొంతు వ్యాధులు (పొడి దగ్గు) e. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధ వ్యాధి [prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination] f. Fever జ్వరం g. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, క్రుంగిపోవుట, భావోద్వేగ సమస్యలు	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>NO. OF DAYS ILL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>If all 'NO' , Skip to 1.5</p>	YES	NO	NO. OF DAYS ILL	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>
YES	NO	NO. OF DAYS ILL																					
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																					
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																					
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																					
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																					
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																					
1	0	<input type="text"/> <input type="text"/>																					
1.3	Did you receive medical treatment when you were experiencing any of above symptoms? పై లక్షణాలు అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీరేమైన వైద్యం తీసుకున్నారా?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Yes.....1</td> <td rowspan="4">} 1.5</td> </tr> <tr> <td>No.....0</td> </tr> <tr> <td>Don't know.....77</td> </tr> <tr> <td>Did not answer.....88</td> </tr> </tbody> </table>	Yes.....1	} 1.5	No.....0	Don't know.....77	Did not answer.....88																
Yes.....1	} 1.5																						
No.....0																							
Don't know.....77																							
Did not answer.....88																							

1.4	<p>Where did you go for treatment of these symptoms? Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>ఈ లక్షణాలకొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు? ఇంకా ఎక్కడైనా చికిత్స చేయించుకున్నారా?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital)..... A Private Clinic or Doctor's Office.....B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath.....C MediCiti.....D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti.....E Traditional Healer.....F Some Other Place_____G Specify Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88</p>	
1.5	<p>In the past month, have you taken any antibiotic or medication or pills or injection for any infection? గత నెలలో మీరు ఏదేని ఇన్ఫెక్షన్ కొరకు యాంటి బయాటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	1.7
1.6	<p><i>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics</i> ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి యాంటిబయాటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.</p>	<p>Days Taken Medications (specify)</p> <p>1 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>4 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
1.7	<p>During the past month, were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury? గత నెలలో మీరు ఎప్పుడైనా అనారోగ్యం లేక గాయంతో రోజు చేసుకునే పనులు చేయలేక పోయారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	1.9
1.8	<p>How many days were you unable to do your regular duties because of injury/ illness? ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం/ గాయం వల్ల మీరు రోజు చేయు పనులు చేయలేక పోయారు?</p>	<p>Injury <input type="text"/> <input type="text"/> Days Illness <input type="text"/> <input type="text"/> Days</p>	
1.9	<p>In the past 3 months, have you been told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions? గత మూడు నెలల్లో మీకు డాక్టర్ లేక ఇతర ఆరోగ్య సంరక్షకులు ఈ క్రింది వాటిలో ఏమైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా?</p> <p>a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు c. Swelling of your feet</p>	<p>YES NO DON'T KNOW</p> <p>1 0 77</p> <p>1 0 77</p> <p>1 0 77</p>	

d. పాదాల వాపు Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి	1	0	77
e. Anemia రక్త హీనత	1	0	77
f. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు	1	0	77
g. A vaginal discharge యోని ప్రావము	1	0	77
h. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు	1	0	77
i. Jaundice పసికర్లు	1	0	77
j. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట	1	0	77
k. Goiter గొంతులో కణితి	1	0	77
l. Any other health condition ఇంకా ఏదైన ఆరోగ్య సమస్య	1	0	77
Specify			

2. DEPRESSION అధైర్యం/ కృంగుదల

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you Doesnot take care of yourself or your family.

తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ మానసిక ఆరోగ్యం గూర్చి ఉంటాయి. ఈ 5 ప్రశ్నలతో మీరు మానసిక లక్షణాలు ఏమైనా అనుభవించారా అని తెలుసుకుంటాం. ఈ ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే మీరు కృంగిపోయిన స్థితిలో ఉన్నారని కాదు, కాని ఈ లక్షణాలు సర్వ సాధారణం ఏదో ఒక సమయాల్లో ఉంటాయి. ప్రజలు వారి జీవితంలోని ఒత్తిడి, పనిలో ఒత్తిడి లేక కుటుంబంలో సమస్యల వల్ల కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. జీవితంలో అన్ని సౌఖ్యంగాజరుగుతున్నప్పుడు కూడా ఏ కారణంలేకుండానే కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. విషాదాలు లేక ఎగుడు దిగుడు ఏదో సమయాల్లో ఖచ్చితంగా సర్వ సాధారణము. మీరు ఏ లక్షణాలు అనుభవించారో ఏ లక్షణాలు మీ జీవితాన్ని కలత పరిచాయో అనేది మేము తెలుసుకోవాలని ఇష్ట పడుచున్నాము. ఉదా: ఒక కుటుంబం లో సభ్యుడు చనిపోతే భాదపడడం అనేది సహజం కాని మీరు అటువంటి భాధను మీ ఎవరూ చనిపోకుండానే అనుభవిస్తున్నారా లేక అటువంటి భాధకు గురి అయి కనీసం మీ గురించి మరియు మీ కుటుంబం గురించి శ్రద్ధ తీసుకోలేకపోతున్నారా అనేది మేము తెలుసుకోవాలనుకుంటున్నాము.

2.1	Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? <i>(Probe: Have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis?)</i> మీరు కృంగి పోవడం అనే భావన లేక నిరాశ భావాలు కలిగి యున్నారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88
-----	---	---

2.2	Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? <i>(Probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?)</i> మీరు ఇంతక ముందు సంతోషించే విషయాల వలన ఇప్పుడు తక్కువ ఆనందంపొందుతున్నారని అనిపించిందా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.3	Have you lost weight without any specific attempt to lose weight? <i>(Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?)</i> మీరు ఏమి ప్రయత్నం చేయకుండానే బరువు తగ్గారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.4	Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరి కంటే ముందే నిద్రలేవడం వంటివి ఉన్నాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.5	Do you have suicidal ruminations? <i>(Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life)</i> మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలని ఆలోచనలు కలుగుతాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
3. CHILD HEALTH Now I have some questions about the health of your Child (Name)			
3.1	How much did your child(name) weigh at the time of birth? మీ శిశువుపుట్టినప్పుడు ఎంత బరువు ఉన్నది/ఉన్నాడు? Weight as per delivery abstract form	Grams <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Prompt: Where did this number come from?</i> <i>Mother's Memory.....1</i> <i>Medical Card.....2</i> <i>Don't know/unknown.....77</i> <i>Did not answer question.....88</i>	
3.2	Would you say your child(name)health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ శిశువు ఆరోగ్యం చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగాలేదా ?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4	
3.3	Does it seem to you that your child(name) has gained weight/grown bigger in the past 3 months? గత 3 నెలల కాలంలో మీ శిశువు బరువు పెరిగినట్లు మీకు అనిపిస్తుందా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
3.4	Has your child(name) had good energy since he/she was born? <i>[Prompt: has he/she been crying, moving arms and legs, waking up for feedings/changings. Or has the child (name) been sleeping all the time, difficult to rouse for feedings]</i> మీ శిశువు పుట్టినప్పటి నుండి హుషారుగా ఉన్నాడా/ఉన్నాదా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	

3.5	<p>Has your child (name) shown any signs of difficulty in breathing in the past 3 months? మీ శిశువు గత 3 నెలల కాలంలో శ్వాస తీసుకొవడంలో ఏమైనా ఇబ్బందులు కలుగుతున్నాయా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>																																		
3.6	<p>What ailments has your child (name) had in the past month? మీ శిశువుకి గత నెల రోజుల నుండి ఎలాంటి బాధ ఉంది ?</p> <p>a. Fever జ్వరం</p> <p>b. Rash దురదలు</p> <p>c. Respiratory Infection (cough/cold) శ్వాస కోస వ్యాధులు దగ్గు, జలుబు</p> <p>d. Vomiting వాంతులు</p> <p>e. Jaundice పసికర్లు</p> <p>h. Eye Discharge కళ్ళ నుండి నీళ్ళ కారడం</p> <p>i. Ear Discharge చెవుల నుండి రసి కారడం</p> <p>j. Other Infection ఏదైన ఇన్ఫెక్షన్</p> <p>k. Accident ప్రమాదవ శాత్తు గాయం</p> <p>l. Fall క్రింద పడిపోవడం</p> <p>m. Underweight/Wasting/stunting తక్కువ బరువు, సన్నగా, పొట్టిగా</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>NO. OF DAYS ILL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>If all 'NO' , Skip to 4.1</p>	YES	NO	NO. OF DAYS ILL	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
YES	NO	NO. OF DAYS ILL																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
3.7	<p>Has your child (name) been taken to or treated by a health professional when he/she was experiencing above symptoms? పై లక్షణాలను అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీ శిశువుని డాక్టర్ దగ్గరకి తీసుకువెళ్ళారా లేక డాక్టర్ చేత చికిత్స చేయించారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	4.1																																	
3.8	<p>What made you to decide to seek healthcare? ఏ కారణం చేత మీ శిశువుని డాక్టర్ కి చూపించాల్సి వచ్చింది ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																		

3.9	<p>What type of health facility/health professional did you take the child (name) ? Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>మీ శిశువుని ఎలాంటి ఆరోగ్య కేంద్రం/ ఆరోగ్య సంరక్షకుని దగ్గరకు తీసుకెళ్ళారు ? వేరెక్కడికైనా ?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital).....A Private Clinic or Doctor's Office.....B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath.....C MediCiti.....D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti.....E Traditional Healer.....F Some Other Place _____G Specify Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88</p>	
4. DIARRHEA			
4.1	<p>Did your child (name) have diarrhea in the past month? గడిచిన నెలలో మీశిశువు కి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినాయా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	} 5.1
4.2	<p>Did your child (name) have symptoms of Dehydration? మీ శిశువుకు డీహైడ్రేషన్ లక్షణాలు ఏమైనా ఉండేనా?</p>	<p>SunkenEyes.....A Loss of skin turgour/ Elasticity.....B Dry tongueC Decrease urine output.....D Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
4.3	<p>What type of treatment was given when experiencing diarrhea symptoms? Anything else? (Record all responses reported)</p> <p>నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువుకి ఎటువంటి చికిత్స చేయించారు ?</p>	<p>No treatment.....A Extra water/fluids.....B Oral rehydration therapy (ORT).....C Oral rehydration salts(ORS).....D Other (Specify).....E</p>	
4.4	<p>When your child (name) had diarrhea, how much liquids (milk, water, etc) /breast milk was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or nothing to drink? మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు త్రాగించిన ద్రవపదార్థములు(పాలు, నీళ్ళు, మొి) మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా, వమాములుగా కంటేకొంచెంతక్కువగానా,మాములుగా కంటే చాలతక్కువగానా లేక ఏమి త్రాగించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 Nothing to drink.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	

4.5	<p>When your child (name) had diarrhea, how much food was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or no food at all?</p> <p>మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు తినిపించిన ఆహారం మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా, మాములుగా కంటే కొంచెం తక్కువగానా, మాములుగా కంటే చాలా తక్కువగానా లేక ఏమీ తినిపించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 No food at all.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
4.6	<p>How was the child's (name) stool disposed off when experiencing diarrhea symptoms?</p> <p>Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువు పాయిఖానాను ఎలా పారేసారు ? వేరెక్కడైనా?</p>	<p>Put/rinsed into toilet or latrine.....A Buried.....B Put/rinsed into an open drain/ditch.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other.....F Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
5. CHILD (NAME) FEEDING			
5.1	<p>Did you ever breastfeed your child (name)?</p> <p>మీ శిశువు కు ఎప్పుడైనా మీ పాలు పట్టారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	→ 5.3
5.2	<p>Why did you not breastfeed?</p> <p>ఎందుకు మీ పాలు పట్టలేదు?</p>	<p>Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Other (Specify).....7 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	} 5.12
5.3	<p>How long after birth did you first put your child (name) to the breast?</p> <p>శిశువు పుట్టిన తరువాత మొదట ఎంత సేపటికి మీ బిడ్డను మీ రొమ్ము దగ్గర పెట్టారు?</p> <p><i>(If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)</i></p>	<p>Immediately/less than 30 minutes.....000</p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> If more than 3 days → 5.3a</p>	
5.3a	<p>What are the reasons for the delay in initiating breastfeeding?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

5.4	Did you squeeze out the milk from the breast before you first put your child (name) to the breast? శిశువు కు మొదటిసారి మీ పాలిచ్చేముందు మీ పాలని పిండి పారేసారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
5.5	Are you currently breastfeeding your child (name) ? ప్రస్తుతం మీ శిశువు కు మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	5.7
5.6	How many times per day do you breastfeed your child (name) ? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు పడుతున్నారు?	Times <input type="text"/> <input type="text"/>	5.9
5.7	For how many days/months did you breastfeed your child (name) ? ఎన్ని రోజులు మీ శిశువు కి మీ పాలు ఇచ్చారు?	DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/>	
5.8	Why did you stop breastfeeding? ఎందుకని మీ శిశువు కు మీ పాలు పట్టడం ఆపేసారు?	Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk/No milk flow.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Become pregnant.....7 Currently nursing the new born8 Other (Specify).....9 Don't know.....77 Did not answer.....88	
5.9	What do/did you do to clean your hands/breast before breastfeeding? పాలిచ్చే ముందు మీ రొమ్ము / చేతులు దేనితో శుభ్రం చేస్తారు ?	No preparation.....1 Wipe without water.....2 Wash with water.....3 Wash with soap/water.....4	
5.10a	What did you give in complementary feeding? Anything else? మీ శిశువుకి ఏ రకమైనపాలు పట్టారు? (Record all responses reported)	Plain Water మంచి నీళ్ళు.....A Cow's milk ఆవు పాలు.....B Powder milk పౌడరు పాలుC Buffalo milk గేదే పాలుD Any other milk other than breast milk.....E ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా) Any other liquid specify.....F ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి) Honey తేనె.....G Rice అన్నంH Dal పప్పుI Other cereals ఇతర ధినుసులుJ Green leafy vegetables ఆకు కూరలుK Eggs కోడి గుడ్లుL Meat మాంసంM Curd పెరుగు.....N Potato ఆలు గడ్డ/బంగాళదుంపO	

		Fruits పళ్ళుP Other mashed or solid food (Specify) ఇతర ఘన/చితికిన పదార్థాలుQ Don't know.....77 Did not answer.....88																																									
5.11	When was the first time you gave something other than breast milk to the child (name) ? మీ శిశువుకి మీ పాలు కాకుండా వేరేగా ఏమైనమొదటి సారిగా ఎప్పుడు పట్టారు ? (If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)	Immediately/less than 30 minutes.....000 MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> HOURS <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																									
5.12	At any time yesterday or last night, was your child (name) given any of the following from a bottle with a nipple ? : నిన్న లేక గత రాత్రి గాని ఎప్పుడైనా మీ శిశువు కి ఏదైనా, సీసాలో పోసి నిప్పల్ తో త్రాగించారా? a. Plain water?మంచి నీళ్ళు b. cow's milkఆవు పాలు c. Buffalo milkగేదే పాలు d. Powdered milk?పొడరు పాలు e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు f. Any other liquid(Specify)----- ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	DON'T KNOW	1	0	77	1	0	77	1	0	77	1	0	77	1	0	77	1	0	77																				
YES	NO	DON'T KNOW																																									
1	0	77																																									
1	0	77																																									
1	0	77																																									
1	0	77																																									
1	0	77																																									
1	0	77																																									
5.13	In the last seven days, how often did you give your child (name) the following: గడచిన వారంలో ఎంత తరచుగా ఈక్రింది వాటిని మీ శిశువు కి ఇచ్చారు/త్రాగించారు? a. Plain water?మంచి నీళ్ళు b. Cow's milk? ఆవు పాలు c. Powdered milk?పొడరు పాలు d. Buffalo milk గేదే పాలు e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు(రొమ్ము పాలు కాకుండా) f. Any other liquid? _____ ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (Specify) g.Honeyతేనే h. Rice అన్నం i.Dal పప్పు	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Every Day</th> <th>Some Days</th> <th>Never</th> <th>Don't Know</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>	Every Day	Some Days	Never	Don't Know	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	1	2	3	77	
Every Day	Some Days	Never	Don't Know																																								
1	2	3	77																																								
1	2	3	77																																								
1	2	3	77																																								
1	2	3	77																																								
1	2	3	77																																								
1	2	3	77																																								
1	2	3	77																																								
1	2	3	77																																								
1	2	3	77																																								

	j. Other cereal ఇతర ధినుసులు	1	2	3	77	
	k. Green leafy vegetables ఆకు కూరలు	1	2	3	77	
	l. Eggs గుడ్లు	1	2	3	77	
	m. Meat మాంసం	1	2	3	77	
	n. Curd పెరుగు	1	2	3	77	
	o. Potato ఆలు గడ్డ	1	2	3	77	
	p. Fruits పళ్ళు	1	2	3	77	
	q. Other mashed or soild food (specify)..... ఇతర ఘన/చితికిన పదార్థాలు	1	2	3	77	
	r. Did not answer..... (88)	1	2	3	77	
5.14	How many times per day do you feed your child (name) something other than breast milk (water, powdered milk, other milk, other liquids/any solid food)? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు కాకుండా వేరేవి త్రాగిస్తున్నారు(మంచి నీళ్ళు, పొడరు పాలు, ఇతర పాలు లేక ఇంకేమైనా ద్రవ పదార్థాలు/ఘన పదార్థాలు)?	Feedings per day	<input type="text"/>			
5.15	For Currently breastfeeding women Do you have any other young children that you are also breastfeeding at this time in addition to child (name)? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా వేరే చంటిబిడ్డలకుకూడా మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88			→ 5.16 } 6.1	
5.15a	For women who stopped breastfeeding Did you give breast milk to any other children before you stopped breastfeeding, in addition to your newborn child? మీరు పాలు ఇవ్వడం మానేసే ముందు పుట్టిన బిడ్డకు కాకుండా వేరే చంటి బిడ్డలకు పాలు పట్టారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88			→ 5.16a } 6.1	
5.16	How many other young children are you also breastfeeding, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా ఎంత మంది చంటిబిడ్డలకుమీ పాలు పడుతున్నారు?	<input type="text"/>	Children breastfeeding, excluding the newborn		→ 6.1	
5.16a	How many other young children did you breastfeed, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా ఎంత మంది చంటిబిడ్డలకుమీ పాలుపట్టారు?	<input type="text"/>	Children breastfed			
6. IMMUNIZATIONS						
6.1	Has your child (name) received any vaccinations? మీ శిశువుకి ఏమైనా టీకాలు ఇప్పించారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88			→ 7.1	

6.2	Which vaccinations has your child (name) received till now? a. BCG బిసిజి b. Polio పోలియో(1 st , 2 nd , 3 rd dose) c. DPT డిపిటి(1 st , 2 nd , 3 rd dose) d. Hepatitis B హెపటైటిస్ బి(1 st , 2 nd , 3 rd dose) e. Measles మీజిల్స్ f. Vit-A prophylaxis విటమిన్ -A ప్రోఫిలాక్సిస్ g. DPT Booster h. OPV Booster i. Any other vaccination(specify) _____ ఇంకా ఏవైనా టీకాలు ఇప్పిస్తే (వివరించండి)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> <th>No. DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	DON'T KNOW	No. DOSES	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	
YES	NO	DON'T KNOW	No. DOSES																																				
1	0	77	<input type="checkbox"/>																																				
1	0	77	<input type="checkbox"/>																																				
1	0	77	<input type="checkbox"/>																																				
1	0	77	<input type="checkbox"/>																																				
1	0	77	<input type="checkbox"/>																																				
1	0	77	<input type="checkbox"/>																																				
1	0	77	<input type="checkbox"/>																																				
1	0	77	<input type="checkbox"/>																																				
6.3	Which is the source of this information? టీకాలు ఇప్పించినట్లు ఆధారం ఎక్కడ ఉంది ?	Vaccination Card.....1 Mother's Memory.....2 Both.....3 Don't know.....77 Did not answer.....88																																					
7. POTENTIAL EXPOSURE																																							
7.1	Does anyone in your household smoke? మీరు ఇంట్లో ఎవరైనా పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	7.4																																				
7.2	Do they smoke in the house? వాళ్ళు ఇంట్లోనే పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	7.4																																				
7.3	Do they smoke with the child (name) present in the same room? శిశువు ఉన్న గదిలోనే వాళ్ళు పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88																																					
7.4	In the past month, did you mix, apply spray, process, or use pesticides? గడచిన నెలలో మీరు పురుగుల మందును కలపడం, చల్లడం లేక వాడారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	8.1																																				
7.5	In the past month where did you mix, apply, spray, process or used pesticides? Anywhere else? (Record all responses reported) గడచిన నెలలో మీరు పురుగుల మందు ఎక్కడ చల్లారు? వేరేదైనా?	Inside the house.....A Outside the house.....B Farm.....C Work place.....D Other _____ (Specify)....E Don't know.....77 Didn't answer.....88																																					
7.6	When you used/applied the pesticide product(s), did you wear any protective clothing? క్రిమి సంహారకాలు వాడుతున్నప్పుడు మిమ్మల్ని మీరు కాపాడుకొనుటకు ఏమైనా రక్షకాలు ధరిస్తారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	8.1																																				

7.7	What did you wear? మీరు ఏమి ధరిస్తారు?	Face mask.....1 Gloves.....2 Other _____ 3 (Specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88	
8. WATER SOURCES			
8.1	Is the child (name) given water to drink? మీ శిశువుకి నీళ్ళు పట్టారా/త్రాగించారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 9.1
8.2	When was the first time you gave water to your child after birth? మీ శిశువుకి మొదట సారిగా నీళ్ళు ఎప్పుడు పట్టారు? (If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)	Immediately/less than 30 minutes.....000 MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> HOURS <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8.3	Do you take any special precaution with the drinking water that is used for your child (name), as compared to the water that is used by others in your family? మీ కుటుంబంలో ఇతరులు త్రాగే నీటితో పోలిస్తే మీ శిశువుకి పట్టే నీళ్ళ గురించి ముఖ్యమైన జాగ్రత్త తీసుకుంటారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 9.1
8.4	How do you prepare drinking water for your child (name)? Anything else? (Record all responses reported) మీరు మీ శిశువుకి పట్టే నీటిని ఎలా సురక్షితం / శుభ్రం చేస్తారు? వేరేదైనా?	Buy water Doess especially for child (name)A Boiling.....B Chlorination.....C Water filter.....D Electronic purifier.....E Sedimentation.....F Other _____ G (Specify)	
9. HYGIENE/SANITATION			
9.1	When at home, does your child (name) use going to lavetry/toilet or open defecation or wear cloth or disposable diapers? ఇంట్లో ఉన్నప్పుడు మీ శిశువు మరుగు దొడ్డి/బయటి ప్రదేశం వెళ్ళతాడా/వెళ్ళుండా లేక గుడ్డ నేప్పినా లేక డిస్పాజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుండా ?	Yes (use lavetry/toilet).....A Yes (use open defecation).....B Yes (cloth diapers).....C Yes (disposable diapers).....D No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
9.2	When you go out, does your child (name) use going to lavetry/toilet or open defecation or wear cloth or disposable diapers? మీరు బయటికి వెళ్ళినప్పుడు మీ శిశువు మరుగు దొడ్డి/బయటి ప్రదేశం వెళ్ళతాడా/వెళ్ళుండా లేక గుడ్డ నేప్పినా లేక డిస్పాజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుండా ?	Yes (use lavetry/toilet).....A Yes (use open defecation).....B Yes (cloth diapers).....C Yes (disposable diapers).....D No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	

9.3	Where is your child's (name) waste disposed? Anywhere else? (Record all responses reported) మీ శిశువు దొడ్డి/ పాయిఖానాను ఎక్కడ పారేస్తున్నారు ? వేరెక్క డైనా?	Put/rinsed into toilet or latrine.....A Put/rinsed into open drain or ditch.....B Buried.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other.....F (Specify) Don't know.....77 Did not answer.....88	
-----	---	---	--

10. DEVELOPMENTAL SCREENING**Social and Emotional సాంఘిక/భావోద్వేదిత**

10.1	Does your child(name) like to hand things to others as play? మీ శిశువు ఆట కొరకు వస్తువులను వేరొకరికి ఇస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.2	Does your child(name) have temper tantrums? మీ శిశువు కోపంతో చిరాకు పడుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.3	Is your child(name) afraid of strangers? మీ శిశువు కొత్త వారికి భయపడుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.4	Does your child(name) show affection to familiar people? మీ శిశువు తెలిసిన వారి పట్ల ఆప్యాయత చూపిస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.5	Does your child(name) play simple pretend such as feeding a doll? మీ శిశువు చిన్న నాటకం చేస్తుందా(ఉదా: బొమ్మకి తినిపించడం)	Yes.....1 No.....0	
10.6	Does your child(name) cling to caregivers in new situations? మీ శిశువు కొత్త పరిస్థితుల్లో తనను ఎప్పుడూ చూసుకొనేవారికి పరిమిత మవుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.7	Does your child(name) point to show others something interesting? మీ శిశువు ఆసక్తికర విషయాలను వేరొకరికి చూపిస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
10.8	Does your child(name) explore alone but with parent close by? మీ శిశువు తల్లి దగ్గర్లో ఉన్నప్పుడు తనంత తాను దేనైనా శోధిస్తాడా?	Yes.....1 No.....0	

11. Language/Communication భాష అనుసంధానం

11. 1	Does your child(name) say several single words? మీ శిశువు చాలా రకాల ఒంటరి పదాలు చేస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
11. 2	Does your child(name) say and shake head “No”? మీ శిశువు వద్దని చెప్పూ, తల ఊపుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
11. 3	Does your child(name) point to show someone what he/she wants? మీ శిశువు ఎవరికైనా తను చూపాలనుకున్నది చూపుతుందా?	Yes.....1 No.....0	

12. Cognitive (learning, thinking, problem-solving) నేర్పుకోవడం, ఆలోచించడం, సమస్య సాధన

12.1	Does your child(name) know what ordinary things are for; for example, telephone, brush, spoon? మీ శిశువుకు సాధారణ వస్తువులు దేని కొరకో తెలుసా?	Yes.....1 No.....0	
12.2	Does your child(name) point to get the attention of others? మీ శిశువు ఇతరుల దృష్టి పొందాలనుకుంటుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.3	Does your child(name) show interest in a doll or stuffed animal by pretending to feed? మీ శిశువు బొమ్మకి తినిపిస్తూ న్నట్లుగా నటించడంతో ఆసక్తి చూపిస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.4	Does your child(name) point to one body part? మీ శిశువు ఒక శరీర భాగమును చూపెడుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.5	Does your child(name) scribble on his own? మీ శిశువు తనంత తానే గీతలు రాయగలుగుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.6	Can your child(name) follows 1-step verbal commands without any gestures; for example, sits when you say “sit down”? మీ శిశువు ఒక పనిని మోటలతో చెప్పినపుడు లేకుండా చేస్తుందా? ఉదా: కూర్చోమనిన వెంటనే కూర్చోవడం.	Yes.....1 No.....0	

13. Movement/Physical Development కదలిక /శారీరక ఎదుగుదల

13.1	Does your child(name) walk alone? మీ శిశువు ఒక్కతే నడువగలుగుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
------	---	-----------------------	--

13.2	Does your child(name) walk up steps and run? మీ శిశువు మెట్లు పైకి ఎక్కగలదా పరుగెత్తగలదా?	Yes.....1 No.....0	
13.3	Does your child(name) pull toys while walking? మీ శిశువు నడిచేటప్పుడు బొమ్మలను లాగుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
13.4	Can your child(name) help undress himself/herself? మీ శిశువు తనంత తాను తన బట్టలు విప్పగలుగుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
13.5	Does your child(name) drink from a cup? మీ శిశువు కప్ తో త్రాగగలదా?	Yes.....1 No.....0	
13.6	Does your child(name) eat with a spoon? మీ శిశువు స్పూన్ తో తినగలదా?	Yes.....1 No.....0	

14. Check list for delayed milestones మీ డాక్టరుతో మాట్లాడి త్వరిత చర్యలు తీసుకోండి : ఒక వేళ మీ శిశువు

14.1	Doesn't point to show things to others ఇతరులకు వస్తువులను చూపకపోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.2	Can't walk నడవక పోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.3	Doesn't know what familiar things are for తెలిసిన వస్తువుల ఉపయోగం తెలియకపోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.4	Doesn't copy others ఇతరులను అనుసరించ లేక పోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.5	Doesn't gain new words కొత్త పదాలు పొందక పోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.6	Doesn't have at least 6 words 6 పదాలు తెలియక పోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.7	Doesn't notice or mind when a caregiver leaves or returns తనని చూసుకొనేవారు వెళ్ళి పోయినా పట్టించుకోక పోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.8	Loses skills he once had ఒకప్పటి నైపుణ్యాన్ని కోల్పోవడం	Yes.....1 No.....0	

THANK THE RESPONDENT FOR THE CO-OPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS

RECORD THE TIME: _____

Hour

Minutes



24 month

SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2011
Life Pilot Study 24 Month Post-Delivery Visit Questionnaire
IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel : _____

Husband's Name : _____ Study ID: _____

Wife's Name : _____ Study ID: _____

ChildName : _____ Date of Birth : _____

Date of Interview : / / Age in completed months : ____
DAY MONTH YEAR Sex of the baby: ____

Record the Time of Interview
Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

1. HEALTH : I have some general questions about your health and your health history			
1.1	Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు? చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4	
1.2	Did you have any of the following in the past month? గత నెలలో మీకేమైనా ఈ క్రింది వాటిలో ఉన్నవి ఉన్నాయా ? a. Diarrhea విరేచనాలు b. Blood in stools మలంలో రక్తం c. Respiratory infections(cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలయినవి) d. Throat infections (sore throat) గొంతు వ్యాధులు (పొడి దగ్గు) e. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధ వ్యాధి [prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination] f. Fever జ్వరం g. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, క్రంగిపోవుట, భావోద్వేగ సమస్యలు	YES NONO. OF DAYS ILL 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> If all 'NO' , Skip to 1.5	
1.3	Did you receive medical treatment when you were experiencing any of above symptoms? పై లక్షణాలు అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీరేమైన వైద్యం తీసుకున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 1.5

1.4	<p>Where did you go for treatment of these symptoms? Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>ఈ లక్షణాలకొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు? ఇంకా ఎక్కడైనా చికిత్స చేయించుకున్నారా?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital)..... A Private Clinic or Doctor's Office..... B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath..... C MediCiti..... D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti..... E Traditional Healer..... F Some Other Place _____ G Specify Don't know/unknown..... 77 Did not answer question..... 88</p>	
1.5	<p>In the past month, have you taken any antibiotic or medication or pills or injection for any infection? గత నెలలో మీరు ఏదేని ఇన్ఫెక్షన్ కొరకు యాంటి బయాటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes..... 1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer..... 88</p>	1.7
1.6	<p>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి యాంటిబయాటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.</p>	<p>Days Taken Medications (specify)</p> <p>1 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>4 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
1.7	<p>During the past month, were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury? గత నెలలో మీరు ఎప్పుడైనా అనారోగ్యం లేక గాయంతో రోజు చేసుకునే పనులు చేయలేక పోయారా?</p>	<p>Yes..... 1 No..... 0 Don't know..... 77 Did not answer..... 88</p>	1.9
1.8	<p>How many days were you unable to do your regular duties because of injury/ illness? ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం/ గాయం వల్ల మీరు రోజు చేయు పనులు చేయలేక పోయారు?</p>	<p>Injury <input type="text"/> <input type="text"/> Days Illness <input type="text"/> <input type="text"/> Days</p>	
1.9	<p>In the past 3 months, have you been told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions? గత మూడు నెలల్లో మీకు డాక్టర్ లేక ఇతర ఆరోగ్య సంరక్షకులు ఈ క్రింది వాటిలో ఏమైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా?</p> <p>a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు c. Swelling of your feet పాదాల వాపు</p>	<p>YES NODON'T KNOW</p> <p>1 0 77 1 0 77 1 0 77 1 0 77</p>	

d. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి	1	0	77
e. Anemia రక్త హీనత	1	0	77
f. One or more sores on your genitals యొని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు	1	0	77
g. A vaginal discharge యొని స్రావము	1	0	77
h. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు	1	0	77
i. Jaundice పసికర్లు	1	0	77
j. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట	1	0	77
k. Goiter గొంతులో కణితి	1	0	77
l. Any other health condition ఇంకా ఏదైన ఆరోగ్య సమస్య	1	0	77
Specify			

2. DEPRESSION అధైర్యం/ కృంగుదల

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you Doesnot take care of yourself or your family.

తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ మానసిక ఆరోగ్యం గుర్చి ఉంటాయి. ఈ 5 ప్రశ్నలతో మీరు మానసిక లక్షణాలు ఏమైనా అనుభవించారా అని తెలుసుకుంటాం. ఈ ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే మీరు కృంగిపోయిన స్థితిలో ఉన్నారని కాదు, కాని ఈ లక్షణాలు సర్వ సాధారణం ఏదో ఒక సమయాల్లో ఉంటాయి. ప్రజలు వారి జీవితంలోని ఒత్తిడి, పనిలో ఒత్తిడి లేక కుటుంబంలో సమస్యల వల్ల కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. జీవితంలో అన్ని సౌఖ్యంగాజరుగుతున్నప్పుడు కూడా ఏ కారణంలేకుండానే కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. విషాదాలు లేక ఎగుడు దిగుడు ఏదో సమయాల్లో ఖచ్చితంగా సర్వ సాధారణము. మీరు ఏ లక్షణాలు అనుభవించారో ఏ లక్షణాలు మీ జీవితాన్ని కలత పరిచాయో అనేది మేము తెలుసుకోవాలని ఇష్ట పడుచున్నాము. ఉదా: ఒక కుటుంబం లో సభ్యుడు చనిపోతే భాదపడడం అనేది సహజం కాని మీరు అటువంటి భాధను మీ ఎవరూ చనిపోకుండానే అనుభవిస్తున్నారా లేక అటువంటి భాధకు గురి అయి కనీసం మీ గురించి మరియు మీ కుటుంబం గురించి శ్రద్ధ తీసుకోలేకపోతున్నారా అనేది మేము తెలుసుకోవాలనుకుంటున్నాము.

2.1	Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? <i>(Probe: Have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis)</i> మీరు కృంగి పోవడం అనే భావన లేక నిరాశ భావాలు కలిగి యున్నారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88
-----	--	---

2.2	Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? <i>(Probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?)</i> మీరు ఇంతక ముందు సంతోషించే విషయాల వలన ఇప్పుడు తక్కువ ఆనందంపొందుతున్నారని అనిపించిందా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.3	Have you lost weight without any specific attempt to lose weight? <i>(Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?)</i> మీరు ఏమి ప్రయత్నం చేయకుండానే బరువు తగ్గారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.4	Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరి కంటే ముందే నిద్రలేవడం వంటివి ఉన్నాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.5	Do you have suicidal ruminations? <i>(Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life)</i> మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలని ఆలోచనలు కలుగుతాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
3. CHILD HEALTH Now I have some questions about the health of your Child (Name)			
3.1	How much did your child(name) weigh at the time of birth? మీ శిశువుపుట్టినప్పుడు ఎంత బరువు ఉన్నది/ఉన్నాడు?	Grams <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Prompt: Where did this number come from?</i> Mother's Memory.....1 Medical Card.....2 Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88	
3.2	Would you say your child(name)health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ శిశువు ఆరోగ్యం చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగాలేదా ?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4	
3.3	Does it seem to you that your child(name) has gained weight/grown bigger in the past 3 months? గత 3 నెలల కాలంలో మీ శిశువు బరువు పెరిగినట్లు మీకు అనిపిస్తుందా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
3.4	Has your child(name) had good energy since he/she was born? <i>[Prompt: has he/she been crying, moving arms and legs, waking up for feedings/changings. Or has the child (name) been sleeping all the time, difficult to rouse for feedings]</i> మీ శిశువు పుట్టినప్పటి నుండి హుషారుగా ఉన్నాడా/ఉన్నాదా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	

3.5	<p>Has your child (name) shown any signs of difficulty in breathing in the past 3 months? మీ శిశువు గత 3 నెలల కాలంలో శ్వాస తీసుకోవడంలో ఏమైనా ఇబ్బందులు కలుగుతున్నాయా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>																																		
3.6	<p>What ailments has your child (name) had in the past month? మీ శిశువుకి గత నెల రోజుల నుండి ఎలాంటి బాధ ఉంది ?</p> <p>a. Fever జ్వరం</p> <p>b. Rash దురదలు</p> <p>c. Respiratory Infection (cough/cold) శ్వాస కోస వ్యాధులు దగ్గు, జలుబు</p> <p>d. Vomiting వాంతులు</p> <p>e. Jaundice పసికర్లు</p> <p>h. Eye Discharge కళ్ళ నుండి నీళ్ళ కారడం</p> <p>i. Ear Discharge చెవుల నుండి రసి కారడం</p> <p>j. Other Infection ఏదైన ఇన్ఫెక్షన్</p> <p>k. Accident ప్రమాదవ శాత్తు గాయం</p> <p>l. Fall క్రింద పడిపోవడం</p> <p>m. Underweight/Wasting/stunting తక్కువ బరువు, సన్నగా, పొట్టిగా</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>NO. OF DAYS ILL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>If all 'NO' , Skip to 4.1</p>	YES	NO	NO. OF DAYS ILL	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
YES	NO	NO. OF DAYS ILL																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
3.7	<p>Has your child (name) been taken to or treated by a health professional when he/she was experiencing above symptoms? పై లక్షణాలను అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీ శిశువుని డాక్టర్ దగ్గరకి తీసుకువెళ్ళారా లేక డాక్టర్ చేత చికిత్స చేయించారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	4.1																																	
3.8	<p>What made you decide to seek healthcare? ఏ కారణం చేత మీ శిశువుని డాక్టర్ కి చూపించాల్సి వచ్చింది ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																		

3.9	<p>What type of health facility/health professional did you take the child (name) ? Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>మీ శిశువుని ఎలాంటి ఆరోగ్య కేంద్రం/ ఆరోగ్య సంరక్షకుని దగ్గరకు తీసుకెళ్ళారు ? వేరెక్కడికైనా ?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital).....A Private Clinic or Doctor's Office.....B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath.....C MediCiti.....D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti.....E Traditional Healer.....F Some Other Place _____ G Specify</p> <p>Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88</p>	
4. DIARRHEA			
4.1	<p>Did your child (name) have diarrhea in the past month? గడిచిన నెలలో మీశిశువు కి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినాయా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	} 5.1
4.2	<p>Did your child (name) have symptoms of Dehydration? మీ శిశువుకు డీహైడ్రేషన్ లక్షణాలు ఏమైనా ఉండేనా?</p>	<p>SunkenEyes.....A Loss of skin turgour/ Elasticity.....B Dry tongueC Decrease urine output.....D</p>	
4.3	<p>What type of treatment was given when experiencing diarrhea symptoms? Anything else? (Record all responses reported)</p> <p>నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువుకి ఎటువంటి చికిత్స చేయించారు ?</p>	<p>No treatment.....A Extra water/fluids.....B Oral rehydration therapy (ORT).....C Oral rehydration salts(ORS).....D Other (Specify) _____ E</p>	
4.4	<p>When your child (name) had diarrhea, how much liquids (milk, water, etc) /breast milk was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or nothing to drink? మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు త్రాగించిన ద్రవపదార్థములు(పాలు, నీళ్ళు, మొి) మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా, వమాములుగా కంటేకొంచెంతక్కువగానా,మాములుగా కంటే చాలతక్కువగానా లేక ఏమి త్రాగించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 Nothing to drink.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	

4.5	<p>When your child (name) had diarrhea, how much food was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or no food at all?</p> <p>మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు తినిపించిన ఆహారం మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా, మాములుగా కంటే కొంచెం తక్కువగానా, మాములుగా కంటే చాలా తక్కువగానా లేక ఏమీ తినిపించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 No food at all.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
4.6	<p>How was the child (name) stool disposed when experiencing diarrhea symptoms?</p> <p>Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువు పాయిఖానాను ఎలా పారేసారు ? వేరెక్కడైనా?</p>	<p>Put/rinsed into toilet or latrine.....A Buried.....B Put/rinsed into an open drain/ditch.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other.....F Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
5. CHILD (NAME) FEEDING			
5.1	<p>Did you ever breastfeed your child (name)?</p> <p>మీ శిశువు కు ఎప్పుడైనా మీ పాలు పట్టారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	5.3
5.2	<p>Why did you not breastfeed?</p> <p>ఎందుకు మీ పాలు పట్టలేదు?</p>	<p>Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Other (Specify).....7 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	5.12
5.3	<p>How long after birth did you first put your child (name) to the breast?</p> <p>శిశువు పుట్టిన తరువాత మొదట ఎంత సేపటికి మీ బిడ్డను మీ రొమ్ము దగ్గర పెట్టారు?</p> <p>(If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)</p>	<p>Immediately/less than 30 minutes.....000</p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
5.4	<p>Did you squeeze out the milk from the breast before you first put your child (name) to the breast?</p> <p>శిశువు కు మొదటిసారి మీ పాలిచ్చేముందు మీ పాలని పిండి పారేసారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	

5.5	Are you currently breastfeeding your child (name) ? ప్రస్తుతం మీ శిశువు కు మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	5.7
5.6	How many times per day do you breastfeed your child (name) ? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు పడుతున్నారు?	Times <input type="text"/> <input type="text"/>	5.9
5.7	For how many days/months did you breastfeed your child (name) ? ఎన్ని రోజులు మీ శిశువు కి మీ పాలు ఇచ్చారు?	DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/>	
5.8	Why did you stop breastfeeding? ఎందుకని మీ శిశువు కు మీ పాలు పట్టడం ఆపేసారు?	Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Other (Specify).....7 Don't know.....77 Did not answer.....88	
5.9	What do/did you do to clean your hands/breast before breastfeeding? పాలిచ్చే ముందు మీ రొమ్ము / చేతులు దేనితో శుభ్రం చేస్తారు ?	No preparation.....1 Wipe without water.....2 Wash with water.....3 Wash with soap/water.....4	
5.10 a	What did you give in complementary feeding? Anything else? మీ శిశువుకి ఏ రకమైనపాలు పట్టారు? (Record all responses reported)	Plain Water మంచి నీళ్ళు.....A Cow's milk ఆవు పాలు.....B Powder milk పౌడరు పాలు.....C Buffalo milk గేదే పాలు.....D Any other milk other than breast milk.....E ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా) Any other liquid specify.....F ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి) Honey తేనే.....G Rice అన్నం.....H Dal పప్పు.....I Other cereals ఇతర ధినుసులు.....J Green leafy vegetables ఆకు కూరలు.....K Eggs కోడి గుడ్లు.....L Meat మాంసం.....M Curd పెరుగు.....N Potato ఆలు గడ్డ/బంగాళదుంప.....O Fruits పళ్ళు.....P Other mashed or solid food (Specify) ఇతర ఘన/చితికిన పదార్థాలుQ Don't know.....77 Did not answer.....88	

5.11	<p>When was the first time you gave something other than breast milk to the child (name) ? మీ శిశువుకి మీ పాలు కాకుండా వేరేగా ఏమైనమొదటి సారిగా ఎప్పుడు పట్టారు ? <i>(If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)</i></p>	<p>Immediately/less than 30 minutes.....000</p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																																													
5.12	<p>At any time yesterday or last night, was your child (name) given any of the following from a bottle with a nipple ? : నిన్న లేక గత రాత్రి గాని ఎప్పుడైనా మీ శిశువు కి ఏదైనా, సీసాలో పోసి నిప్పల్ తో త్రాగించారా?</p> <p>a. Plain water?మంచి నీళ్ళు</p> <p>b. cow's milkఆవు పాలు</p> <p>c. Buffalo milkగేదే పాలు</p> <p>d. Powdered milk?పొడరు పాలు</p> <p>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు</p> <p>f. Any other liquid(Specify)----- ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Plain water?మంచి నీళ్ళు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>b. cow's milkఆవు పాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>c. Buffalo milkగేదే పాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>d. Powdered milk?పొడరు పాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>f. Any other liquid(Specify)----- ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	DON'T KNOW	a. Plain water?మంచి నీళ్ళు	1	0	77	b. cow's milkఆవు పాలు	1	0	77	c. Buffalo milkగేదే పాలు	1	0	77	d. Powdered milk?పొడరు పాలు	1	0	77	e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు	1	0	77	f. Any other liquid(Specify)----- ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)	1	0	77																																	
	YES	NO	DON'T KNOW																																																												
a. Plain water?మంచి నీళ్ళు	1	0	77																																																												
b. cow's milkఆవు పాలు	1	0	77																																																												
c. Buffalo milkగేదే పాలు	1	0	77																																																												
d. Powdered milk?పొడరు పాలు	1	0	77																																																												
e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు	1	0	77																																																												
f. Any other liquid(Specify)----- ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)	1	0	77																																																												
5.13	<p>In the last seven days, how often did you give your child (name) the following: గడచిన వారంలో ఎంత తరచుగా ఈక్రింది వాటిని మీ శిశువు కి ఇచ్చారు/త్రాగించారు?</p> <p>a. Plain water?మంచి నీళ్ళు</p> <p>b. Cow's milk? ఆవు పాలు</p> <p>c. Powdered milk?పొడరు పాలు</p> <p>d. Buffalo milk గేదే పాలు</p> <p>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు(రొమ్ము పాలు కాకుండా)</p> <p>f. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు</p> <p>g. Honeyతేనే.....</p> <p>h. Rice అన్నం</p> <p>h. Dal పప్పు</p> <p>i. Other cerealతృణ ధాన్యాలు</p> <p>j. Green leafy vegetables ఆకు కూరలు</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Every Day</th> <th>Some Days</th> <th>Never</th> <th>Don't Know</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Plain water?మంచి నీళ్ళు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>b. Cow's milk? ఆవు పాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>c. Powdered milk?పొడరు పాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>d. Buffalo milk గేదే పాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు(రొమ్ము పాలు కాకుండా)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>f. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>g. Honeyతేనే.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>h. Rice అన్నం</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>h. Dal పప్పు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>i. Other cerealతృణ ధాన్యాలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>j. Green leafy vegetables ఆకు కూరలు</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> </tbody> </table>		Every Day	Some Days	Never	Don't Know	a. Plain water?మంచి నీళ్ళు	1	2	3	77	b. Cow's milk? ఆవు పాలు	1	2	3	77	c. Powdered milk?పొడరు పాలు	1	2	3	77	d. Buffalo milk గేదే పాలు	1	2	3	77	e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు(రొమ్ము పాలు కాకుండా)	1	2	3	77	f. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు	1	2	3	77	g. Honeyతేనే.....	1	2	3	77	h. Rice అన్నం	1	2	3	77	h. Dal పప్పు	1	2	3	77	i. Other cerealతృణ ధాన్యాలు	1	2	3	77	j. Green leafy vegetables ఆకు కూరలు	1	2	3	77	
	Every Day	Some Days	Never	Don't Know																																																											
a. Plain water?మంచి నీళ్ళు	1	2	3	77																																																											
b. Cow's milk? ఆవు పాలు	1	2	3	77																																																											
c. Powdered milk?పొడరు పాలు	1	2	3	77																																																											
d. Buffalo milk గేదే పాలు	1	2	3	77																																																											
e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు(రొమ్ము పాలు కాకుండా)	1	2	3	77																																																											
f. Any other liquid? _____ (Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు	1	2	3	77																																																											
g. Honeyతేనే.....	1	2	3	77																																																											
h. Rice అన్నం	1	2	3	77																																																											
h. Dal పప్పు	1	2	3	77																																																											
i. Other cerealతృణ ధాన్యాలు	1	2	3	77																																																											
j. Green leafy vegetables ఆకు కూరలు	1	2	3	77																																																											

	k.Eggs గుడ్లు l. Meat మాంసం m. Curd పెరుగు n. Potato ఆలు గడ్డ o.Fruits పళ్ళు p.Other mashed or soild food (specify)..... ఇతర ఘన పదార్థాలు/చితికిన q. Did not answer..... (88)	1 2 3 77 1 2 3 77 1 2 3 77 1 2 3 77 1 2 3 77 1 2 3 77 1 2 3 77	
5.14	How many times per day do you feed your child (name) something other than breast milk (water, powdered milk, other milk, other liquids)? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు కాకుండా వేరేవి త్రాగిస్తున్నారు(మంచి నీళ్ళు, పౌడరు పాలు, ఇతర పాలు లేక ఇంకేమైనా ద్రవ పదార్థాలు)?	Feedings per day <input type="text"/>	
5.15	For Currently breastfeeding women Do you have any other young children that you are also breastfeeding at this time in addition to child (name)? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా వేరే చంటిబిడ్డలకుకూడా మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	→ 5.16 } 6.1
5.15a	For women who stopped breastfeeding Did you give breast milk to any other children before you stopped breastfeeding, in addition to your newborn child? మీరు పాలు ఇవ్వడం మానేసే ముందు పుట్టిన బిడ్డకు కాకుండా వేరే చంటి బిడ్డలకు పాలు పట్టారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	→ 5.16a } 6.1
5.16	How many other young children are you also breastfeeding, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకాఎంత మంది చంటిబిడ్డలకుమీ పాలు పడుతున్నారు?	<input type="text"/> Children breastfeeding, excluding the newborn	→ 6.1
5.16a	How many other young children did you breastfeed, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకాఎంత మంది చంటిబిడ్డలకుమీ పాలుపట్టారు?	<input type="text"/> Children breastfed	
6. IMMUNIZATIONS			
6.1	Has your child (name) received any vaccinations? మీ శిశువుకి ఏమైనా టీకాలు ఇప్పించారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 7.1

6.2	Which vaccinations has your child (name) received till now? a. BCG బిసిజి b. Polio పోలియో(1 st , 2 nd , 3 rd dose) c. DPT డిపిటి(1 st , 2 nd , 3 rd dose) d. Hepatitis B హెపటైటిస్ బి(1 st , 2 nd , 3 rd dose) e. Measles మీజిల్స్ f. Any other vaccination(specify) <hr/> ఇంకా ఏవైనా టీకాలు ఇప్పిస్తే (వివరించండి)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> <th>No. DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	DON'T KNOW	No. DOSES	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	
YES	NO	DON'T KNOW	No. DOSES																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
6.3	Which is the source of this information? టీకాలు ఇప్పించినట్లు ఆధారం ఎక్కడ ఉంది ?	Vaccination Card.....1 Mother's Memory.....2 Both.....3 Don't know.....77 Did not answer.....88																													
7. POTENTIAL EXPOSURE																															
7.1	Does anyone in your household smoke? మీరు ఇంట్లో ఎవరైనా పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 7.4																												
7.2	Do they smoke in the house? వాళ్ళు ఇంట్లోనే పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 7.4																												
7.3	Do they smoke with the child (name) present in the same room? శిశువు ఉన్న గదిలోనే వాళ్ళు పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88																													
7.4	In the past month, did you mix, apply spray, process, or use pesticides? గడచిన నెలలో మీరు పురుగుల మందును కలపడం, చల్లడం లేక వాడారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 8.1																												
7.5	In the past month where did you mix, apply, spray, process or used pesticides? Anywhere else? (Record all responses reported) గడచిన నెలలో మీరు పురుగుల మందు ఎక్కడ చల్లారు? వేరేదైనా?	Inside the house.....A Outside the house.....B Farm.....C Work place.....D Other _____(Specify)....E Don't know.....77 Didn't answer.....88																													
7.6	When you used/applied the pesticide product(s), did you wear any protective clothing? క్రిమి సంహారకాలు వాడుతున్నప్పుడు మిమ్మల్ని మీరు కాపాడుకొనుటకు ఏమైనా రక్షకాలు ధరిస్తారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 8.1																												

7.7	What did you wear? మీరు ఏమి ధరిస్తారు?	Face mask.....1 Gloves.....2 Other _____ 3 (Specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88	
8. WATER SOURCES			
8.1	Is the child (name) given water to drink? మీ శిశువుకి నీళ్ళు పట్టారా/త్రాగించారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 9.1
8.2	When was the first time you gave water to your child after birth? మీ శిశువుకి మొదట సారిగా నీళ్ళు ఎప్పుడు పట్టారు? (If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)	Immediately/less than 30 minutes.....000 MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> HOURS <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8.3	Do you take any special precaution with the drinking water that is used for your child (name), as compared to the water that is used by others in your family? మీ కుటుంబంలో ఇతరులు త్రాగే నీటితో పోలిస్తే మీ శిశువుకి పట్టే నీళ్ళ గురించి ముఖ్యమైన జాగ్రత్త తీసుకుంటారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 9.1
8.4	How do you prepare drinking water for your child (name)? Anything else? (Record all responses reported) మీరు మీ శిశువుకి పట్టే నీటిని ఎలా సురక్షితం / శుభ్రం చేస్తారు? వేరేదేనా?	Buy water Doess especially for child (name)A Boiling.....B Chlorination.....C Water filter.....D Electronic purifier.....E Sedimentation.....F Other _____ G (Specify)	
9. HYGIENE/SANITATION			
9.1	When at home, does your child (name) wear cloth or disposable diapers? ఇంట్లో ఉన్నప్పుడు మీ శిశువు గుడ్డ నేప్పినా లేక డిస్పోజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుందా ?	Yes (cloth diapers).....A Yes (disposable diapers).....B No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
9.2	When you go out, does your child (name) wear cloth or disposable diapers? మీరు బయటకి వెళ్ళినప్పుడు గుడ్డ నేప్పినా లేక డిస్పోజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుందా ?	Yes (cloth diapers).....1 Yes (disposable diapers).....2 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	

9.3	Where is your child's (name) waste disposed? Anywhere else? (Record all responses reported) మీ శిశువు దొడ్డి/ పాయిఖానాను ఎక్కడ పారేస్తున్నారు ? వేరెక్క డైనా	Put/rinsed into toilet or latrine.....A Put/rinsed into open drain or ditch.....B Buried.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other _____ F (Specify) Don't know.....77 Did not answer.....88	
-----	--	---	--

10. DEVELOPMENTAL SCREENING**Social and Emotional సాంఘిక/భావోద్వేదిత**

10.1	Does your child copy others, especially adults and older children? మీ శిశువు ఇతరులు చేసే పనులను అనుకరిస్తున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
10.2	Does your child get excited when with other children? మీ శిశువు ఇతర పిల్లలతో ఉన్నప్పుడు ఉత్సాహంగా ఉంటున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
10.3	Does your child show more and more independence? మీ శిశువు ఎక్కువ స్వేచ్ఛను ప్రదర్శిస్తున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
10.4	Does your child show defiant behaviour (doing what he has been told Not to)? మీ శిశువు వద్దన్న పనులను చేస్తున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
10.5	Does your child play mainly beside other children, but is beginning to include other children, such as in chase games? మీ శిశువు ఇతర పిల్లలతో ఆడుతూ, వాళ్ళని ఆటలోకి చేర్చుకుంటున్నారా?	Yes.....1 No.....0	

11. Language/Communication భాష అనుసంధానం

11. 1	Does your child point to things or pictures when they are named? మీ శిశువు ఏదైనా వస్తువుది గాని బొమ్మది గాని పేరు చెప్పినప్పుడు వాటిని చూపెడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
11. 2	Does your child know names of familiar people and body parts? మీ శిశువు పరిచయమున్న వారి పేర్లు గాని, శరీర భాగాల పేర్లు గానీ తెలుసా?	Yes.....1 No.....0	

11.3	Does your child say sentences with 2 to 4 words? మీ శిశువు 2 నుంచి 4 పదాలున్న వాక్యాలు చెబుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
11.4	Does your child follow simple instructions? మీ శిశువు సాధారణ సూచనలను అనుసరిస్తున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
11.5	Does your child repeat words overheard in conversation? మీ శిశువు సంభాషణలోని పదాలను తిరిగి చెబుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
11.6	Does your child point to things in a book? మీ శిశువు పుస్తకంలో ఉన్న వస్తువులను చూపెడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
12.Cognitive (learning, thinking, problem-solving) నేర్చుకోవడం, ఆలోచించడం, సమస్య సాధన			
12.1	Does your child find things even when hidden under two or three covers? మీ శిశువు రెండు/మూడు కవర్లలో దాగి ఉన్న వస్తువులను కనుక్కోగలరా?	Yes.....1 No.....0	
12.2	Does your child begin to sort shapes and colours? మీ శిశువు ఆకారములు మరియు రంగులను చూపడం మొదలు పెట్టారా?	Yes.....1 No.....0	
12.3	Does your child complete sentences and rhymes in familiar books? మీ శిశువు పరిచయమున్న పుస్తకంలోని పద్యములు మరియు వాక్యాలను పూర్తిగా చదువుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
12.4	Does your child play simple make-believe games? మీ శిశువు సాధారణ నమ్మకం కుదిరే ఆటలు ఆడుతుందా?	Yes.....1 No.....0	
12.5	Does your child build towers of 4 or more blocks? మీ శిశువు 4 లేక అంతకన్నా ఎక్కువ దిమ్మ/వస్తువులతో గోపురం లాగా పేర్చగలరా?	Yes.....1 No.....0	
12.6	Does your child tend to use one hand more than the other? మీ శిశువు ఒక చేతిని మరొక చేతికంటే ఎక్కువ వాడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
12.7	Does your child follow two-step instructions such as "Pick up your shoes and put them in the closet."? మీ శిశువు రెండు పనుల సూచనలు పాటించ గలరా?	Yes.....1 No.....0	

12.8	Does your child name items in a picture book such as a cat, bird, or dog? మీ శిశువు బొమ్మల పుస్తకంలోని వస్తువుల పేర్లు చెప్పగలరా? పిల్లి, పక్షి, కుక్క లాంటివి.	Yes.....1 No.....0	
------	--	-----------------------	--

13.Movement/Physical Development కదలిక /శారీరక ఎదుగుదల

13.1	Does your child stand on tiptoe? మీ శిశువు కాళి వేళ్ళపై నిలబడగలరా?	Yes.....1 No.....0	
13.2	Does your child kick a ball? మీ శిశువు బంతిని కాళితో తంతున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
13.3	Does your child begin to run? మీ శిశువు పరుగెత్తడం మొదలు పెట్టారా?	Yes.....1 No.....0	
13.4	Does your child climb onto and down from furniture without help? మీ శిశువు ఏ సహాయం లేకుండా ఫర్నిచర్ పైకి ఎక్కి దిగ గలుగు తున్నారా?	Yes.....1 No.....0	
13.5	Does your child walk up and down stairs holding on? మీ శిశువు పట్టుకుంటే మెట్లు ఎక్కడం, దిగడం చేస్తుందా?	Yes.....1 No.....0	
13.6	Does your child throw ball overhand? మీ శిశువు బంతిని విసరగలరా?	Yes.....1 No.....0	
13.7	Does your child make or copy straight lines and circles? మీ శిశువు సరళరేఖ మరియు వృత్తములను గీయగలుగుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0	

14.Check list for delayed milestones మీ డాక్టరుతో మాట్లాడి త్వరిత చర్యలు తీసుకోండి : ఒక వేళ మీ శిశువు

14.1	Doesn't use 2-word phrases (for example, "drink milk") 2 పదాల వక్యాలు వాడడం లేదు(ఉదా: పాలు తాగు)	Yes.....1 No.....0	
14.2	Doesn't know what to do with common things, like a brush, phone, fork, spoon సాధారణ వస్తువులు ఎలా ఉపయోగించారో తెలియక పోవడం (ఉదా: బ్రష్, ఫోన్, ఫోర్క్, చెంచా)	Yes.....1 No.....0	
14.3	Doesn't copy actions and words పదాలు మరియు పనులను అనుకరించలేకపోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.4	Doesn't follow simple instructions తేలికపాటి సూచనలు పాటించకపోవడం	Yes.....1 No.....0	
14.5	Doesn't walk steadily స్థిమితంగా నడవక పవడం	Yes.....1 No.....0	
14.6	Loses skills she once had ఒక్కప్పటి నైపుణ్యాన్ని కోల్పోవుట.	Yes.....1 No.....0	

THANK THE RESPONDENT FOR THE CO-OPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS

RECORD THE TIME: _____

Hour

Minutes



30 month

SHARE INDIA
MediCiti Institute of Medical Sciences
Ghanpur, Medchal, Ranga Reddy District-501401 A.P

LIFE PILOT STUDY 2011
Life Pilot Study 30 Month Post-Delivery Visit Questionnaire
IDENTIFICATION

Mandal : _____ Village : _____

Family Code : _____ Contact Tel : _____

Husband's Name : _____ Study ID: _____

Wife's Name : _____ Study ID: _____

ChildName : _____ Date of Birth : _____

Date of Interview : / / Age in completed months : ____

DAY MONTH YEAR

Sex of the baby: ____

Record the Time of Interview

Hours Minutes

Interviewer's Name/ID: _____

1. HEALTH			
I have some general questions about your health and your health history			
1.1	Would you say your health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ ఆరోగ్యం ఎలా ఉందనుకుంటున్నారు? చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగా లేదా?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4	
1.2	Did you have any of the following in the past month? గత నెలలో మీకేమైనా ఈ క్రింది వాటిలో ఉన్నవి ఉన్నాయా ? a. Diarrhea విరేచనాలు b. Blood in stools మలంలో రక్తం c. Respiratory infections(cough etc) శ్వాసకోశ వ్యాధులు (దగ్గు మొదలయినవి) d. Throat infections (sore throat) గొంతు వ్యాధులు (పొడి దగ్గు) e. Urinary tract infection మూత్ర సంబంధ వ్యాధి [prompt: burning, blood in urine, difficulty starting or stopping urination] f. Fever జ్వరం g. Mental stress, depression, problems with emotions మానసిక ఒత్తిడి, క్రుంగిపోవుట, భావోద్వేగ సమస్యలు	YES NONO. OF DAYS ILL 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 0 <input type="text"/> <input type="text"/> If all 'NO' , Skip to 1.5	
1.3	Did you receive medical treatment when you were experiencing any of above symptoms? పై లక్షణాలు అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీరేమైన వైద్యం తీసుకున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 1.5

1.4	<p>Where did you go for treatment of these symptoms? Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>ఈ లక్షణాలకొరకు మీరు ఎక్కడ చికిత్స చేయించుకున్నారు? ఇంకా ఎక్కడైనా చికిత్స చేయించుకున్నారు?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital)..... A Private Clinic or Doctor's Office.....B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath.....C MediCiti.....D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti.....E Traditional Healer.....F Some Other Place_____G Specify Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88</p>	
1.5	<p>In the past month, have you taken any antibiotic or medication or pills or injection for any infection? గత నెలలో మీరు ఏదేని ఇన్ఫెక్షన్ కొరకు యాంటి బయాటిక్ మందులు లేక సూదులు తీసుకున్నారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	1.7
1.6	<p>Interviewer should first write down any medications to be coded later as antibiotics ఇంటర్వ్యూ చేయువారు మందు పేరు ఒక ప్రక్కన వ్రాసుకోవాలి. తరువాత అవి యాంటిబయాటిక్ మందులో కాదో కోడ్ చేసుకోవాలి.</p>	<p>Days Taken Medications (specify)</p> <p>1 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>4 _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
1.7	<p>During the past month, were there any days that you were not able to do your regular duties because of illness or injury? గత నెలలో మీరు ఎప్పుడైనా అనారోగ్యం లేక గాయంతో రోజు చేసుకునే పనులు చేయలేక పోయారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	1.9
1.8	<p>How many days were you unable to do your regular duties because of injury/ illness? ఎన్ని రోజులు అనారోగ్యం/ గాయం వల్ల మీరు రోజు చేయు పనులు చేయలేక పోయారు?</p>	<p>Injury <input type="text"/> <input type="text"/> Days Illness <input type="text"/> <input type="text"/> Days</p>	
1.9	<p>In the past 3 months, have you been told by a doctor or other health care provider that you had any of the following conditions? గత మూడు నెలల్లో మీకు డాక్టర్ లేక ఇతర ఆరోగ్య సంరక్షకులు ఈ క్రింది వాటిలో ఏమైనా ఉన్నాయని చెప్పినారా?</p> <p>a. Sugar Disease షుగర్ వ్యాధి b. High Blood Pressure అధిక రక్తపోటు c. Swelling of your feet పాదాల వాపు</p>	<p>YES NO DON'T KNOW</p> <p>1 0 77 1 0 77 1 0 77</p>	

d. Very sore throat for several days or more చాలా రోజులుగా గొంతు నొప్పి	1	0	77
e. Anemia రక్త హీనత	1	0	77
f. One or more sores on your genitals యోని వద్ద ఒకటి లేక ఎక్కువ కురుపులు	1	0	77
g. A vaginal discharge యోని ప్రావము	1	0	77
h. Diarrhea నీళ్ళ విరేచనాలు	1	0	77
i. Jaundice పసికర్లు	1	0	77
j. Burning or pain when you urinate మూత్రం పోసేటప్పుడు నొప్పి లేక మంట	1	0	77
k. Goiter గొంతులో కణితి	1	0	77
l. Any other health condition ఇంకా ఏదైన ఆరోగ్య సమస్య	1	0	77
Specify	1	0	77

2. DEPRESSION అధైర్యం/ కృంగుదల

These next questions are about your state of mind and mental health. With these five questions we are trying to see if you experience any of the symptoms of depression. Answering “yes” to any of these questions does not mean that you are “depressed” as it is normal for most people to feel some symptoms of depression from time to time. People may become depressed because of triggers in their lives like stress at work or problems in their home life. They may also become depressed when there is no obvious reason and everything seems fine in their life. While it is perfectly normal to feel sad or down from time to time, we are interested in whether you have experienced any of these symptoms in such a way that they overwhelm you or disrupt your regular life. For example, if a family member dies, it is normal to feel sad. But, we would like to know if you feel that kind of sadness even without an event like a death in the family or if that sadness overwhelms you to such an extent that you Doesnot take care of yourself or your family.

తరువాత వచ్చే ప్రశ్నలు మీ మానసిక ఆరోగ్యం గూర్చి ఉంటాయి. ఈ 5 ప్రశ్నలతో మీరు మానసిక లక్షణాలు ఏమైనా అనుభవించారా అని తెలుసుకుంటాం. ఈ ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” అని సమాధానం ఇస్తే మీరు కృంగిపోయిన స్థితిలో ఉన్నారని కాదు, కాని ఈ లక్షణాలు సర్వ సాధారణం ఏదో ఒక సమయాల్లో ఉంటాయి. ప్రజలు వారి జీవితంలోని ఒత్తిడి, పనిలో ఒత్తిడి లేక కుటుంబంలో సమస్యల వల్ల కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. జీవితంలో అన్ని సౌఖ్యంగాజరుగుతున్నప్పుడు కూడా ఏ కారణంలేకుండానే కృంగుదలకు గురి కావచ్చును. విషాదాలు లేక ఎగుడు దిగుడు ఏదో సమయాల్లో ఖచ్చితంగా సర్వ సాధారణము. మీరు ఏ లక్షణాలు అనుభవించారో ఏ లక్షణాలు మీ జీవితాన్ని కలత పరిచాయో అనేది మేము తెలుసుకోవాలని ఇష్ట పడుచున్నాము. ఉదా: ఒక కుటుంబం లో సభ్యుడు చనిపోతే భాదపడడం అనేది సహజం కాని మీరు అటువంటి భాధను మీ ఎవరూ చనిపోకుండానే అనుభవిస్తున్నారా లేక అటువంటి భాధకు గురి అయి కనీసం మీ గురించి మరియు మీ కుటుంబం గురించి శ్రద్ధ తీసుకోలేకపోతున్నారా అనేది మేము తెలుసుకోవాలనుకుంటున్నాము.

2.1	Have you had a pervasively sad or down mood or feeling of hopelessness? (Probe: Have you felt like things were never going to get better, that you would never be happy, that everything was going wrong and these feelings made it hard for you to function on a day to day basis?) మీరు కృంగి పోవడం అనే భావన లేక నిరాశ భావాలు కలిగి యున్నారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88
-----	--	---

2.2	Do you get less pleasure from things that you used to enjoy? <i>(Probe: have you found that things you used to like, such as watching television or spending time with friends are no longer fun for you?)</i> మీరు ఇంతక ముందు సంతోషించే విషయాల వలన ఇప్పుడు తక్కువ ఆనందంపొందుతున్నారని అనిపించిందా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.3	Have you lost weight without any specific attempt to lose weight? <i>(Probe: Are your clothes fitting differently or has anyone commented that you look thinner than before?)</i> మీరు ఏమి ప్రయత్నం చేయకుండానే బరువు తగ్గారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.4	Do you have difficulty getting sleep, or wake up during night, or wake before everyone else wakes up? మీకు నిద్రపోవడం కష్టంగా, మధ్య రాత్రిలో మెలకువ రావడం లేక అందరి కంటే ముందే నిద్రలేవడం వంటివి ఉన్నాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
2.5	Do you have suicidal ruminations? <i>(Probe: Have you thought about or imagined ways by which you might take your own life)</i> మీకు ఆత్మహత్య చేసుకోవాలని ఆలోచనలు కలుగుతాయా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
3. CHILD HEALTH Now I have some questions about the health of your Child (Name)			
3.1	How much did your child(name) weigh at the time of birth? మీ శిశువుపుట్టినప్పుడు ఎంత బరువు ఉన్నది/ఉన్నాడు?	Grams <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Prompt: Where did this number come from?</i> Mother's Memory.....1 Medical Card.....2 Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88	
3.2	Would you say your child(name)health in general is very good, good, average or poor? సాధారణంగా మీ శిశువు ఆరోగ్యం చాలా బాగుందా, బాగుందా, మామూలుగా ఉందా లేక బాగాలేదా ?	Very good.....1 Good.....2 Average.....3 Poor.....4	
3.3	Does it seem to you that your child(name) has gained weight/grown bigger in the past 3 months? గత 3 నెలల కాలంలో మీ శిశువు బరువు పెరిగినట్లు మీకు అనిపిస్తుందా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
3.4	Has your child(name) had good energy since he/she was born? <i>[Prompt: has he/she been crying, moving arms and legs, waking up for feedings/changings. Or has the child (name) been sleeping all the time, difficult to rouse for feedings]</i> మీ శిశువు పుట్టినప్పటి నుండి హుషారుగా ఉన్నాడా/ఉన్నాదా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	

3.5	<p>Has your child (name) shown any signs of difficulty in breathing in the past 3 months? మీ శిశువు గత 3 నెలల కాలంలో శ్వాస తీసుకోవడంలో ఏమైనా ఇబ్బందులు కలుగుతున్నాయా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>																																		
3.6	<p>What ailments has your child (name) had in the past month? మీ శిశువుకి గత నెల రోజుల నుండి ఎలాంటి బాధ ఉంది ?</p> <p>a. Fever జ్వరం</p> <p>b. Rash దురదలు</p> <p>c. Respiratory Infection (cough/cold) శ్వాస కోస వ్యాధులు దగ్గు, జలుబు</p> <p>d. Vomiting వాంతులు</p> <p>e. Jaundice పసికర్లు</p> <p>h. Eye Discharge కళ్ళ నుండి నీళ్ళ కారడం</p> <p>i. Ear Discharge చెవుల నుండి రసి కారడం</p> <p>j. Other Infection ఏదైన ఇన్ఫెక్షన్</p> <p>k. Accident ప్రమాదవ శాత్తు గాయం</p> <p>l. Fall క్రింద పడిపోవడం</p> <p>m. Underweight/Wasting/stunting తక్కువ బరువు, సన్నగా, పొట్టిగా</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>NO. OF DAYS ILL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>If all 'NO' , Skip to 4.1</p>	YES	NO	NO. OF DAYS ILL	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
YES	NO	NO. OF DAYS ILL																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
3.7	<p>Has your child (name) been taken to or treated by a health professional when he/she was experiencing above symptoms? పై లక్షణాలను అనుభవిస్తున్నప్పుడు మీ శిశువుని డాక్టర్ దగ్గరకి తీసుకువెళ్ళారా లేక డాక్టర్ చేత చికిత్స చేయించారా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	4.1																																	
3.8	<p>What made you decide to seek healthcare? ఏ కారణం చేత మీ శిశువుని డాక్టర్ కి చూపించాల్సి వచ్చింది ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																		

3.9	<p>What type of health facility/health professional did you take the child (name) ? Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>మీ శిశువుని ఎలాంటి ఆరోగ్య కేంద్రం/ ఆరోగ్య సంరక్షకుని దగ్గరకు తీసుకెళ్ళారు ? వేరెక్కడికైనా?</p>	<p>UHC/UHP/UFHC/CHC/PHC/SC (Public Hospital).....A Private Clinic or Doctor's Office.....B Registered Medical Practitioner (RMP)/ Homeopath.....C MediCiti.....D Private Nursing Home or Private Hospital – Other than MediCiti.....E Traditional Healer.....F Some Other Place _____ G Specify</p> <p>Don't know/unknown.....77 Did not answer question.....88</p>	
4. DIARRHEA			
4.1	<p>Did your child (name) have diarrhea in the past month? గడిచిన నెలలో మీశిశువు కి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినాయా ?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	5.1
4.2	<p>Did your child (name) have symptoms of Dehydration? మీ శిశువుకు డీహైడ్రేషన్ లక్షణాలు ఏమైనా ఉండేనా?</p>	<p>SunkenEyes.....A Loss of skin turgour/ Elasticity.....B Dry tongueC Decrease urine output.....D</p>	
4.3	<p>What type of treatment was given when experiencing diarrhea symptoms? Anything else? (Record all responses reported)</p> <p>నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువుకి ఎటువంటి చికిత్స చేయించారు ?</p>	<p>No treatment.....A Extra water/fluids.....B Oral rehydration therapy (ORT).....C Oral rehydration salts(ORS).....D Other (Specify) _____ E</p>	
4.4	<p>When your child (name) had diarrhea, how much liquids (milk, water, etc) /breast milk was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or nothing to drink? మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు త్రాగించిన ద్రవపదార్థములు(పాలు, నీళ్ళు, మొి) మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా, వమాములుగా కంటేకొంచెంతక్కువగానా,మాములుగా కంటే చాలతక్కువగానా లేక ఏమి త్రాగించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 Nothing to drink.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	

4.5	<p>When your child (name) had diarrhea, how much food was he/she given: more than usual, same as usual, somewhat less than usual, much less than usual, or no food at all?</p> <p>మీ శిశువుకి నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు తినిపించిన ఆహారం మాములుగా కంటే ఎక్కువగానా, మాములుగానా, మాములుగా కంటే కొంచెం తక్కువగానా, మాములుగా కంటే చాలతక్కువగానా లేక ఏమీ తినిపించలేదా?</p>	<p>More than usual.....1 Same as usual.....2 Somewhat less than usual.....3 Much less than usual.....4 No food at all.....5 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
4.6	<p>How was the child (name) stool disposed when experiencing diarrhea symptoms?</p> <p>Anywhere else? (Record all responses reported)</p> <p>నీళ్ళ విరేచనాలు అయినప్పుడు శిశువు పాయిఖానాను ఎలా పారేసారు ? వేరెక్క డైనా?</p>	<p>Put/rinsed into toilet or latrine.....A Buried.....B Put/rinsed into an open drain/ditch.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other.....F Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	
5. CHILD (NAME) FEEDING			
5.1	<p>Did you ever breastfeed your child (name)?</p> <p>మీ శిశువు కు ఎప్పుడైనా మీ పాలు పట్టారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	→ 5.3
5.2	<p>Why did you not breastfeed?</p> <p>ఎందుకు మీ పాలు పట్టలేదు?</p>	<p>Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Other (Specify).....7 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	} 5.12
5.3	<p>How long after birth did you first put your child (name) to the breast?</p> <p>శిశువు పుట్టిన తరువాత మొదట ఎంత సేపటికి మీ బిడ్డను మీ రొమ్ము దగ్గర పెట్టారు?</p> <p><i>(If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)</i></p>	<p>Immediately/less than 30 minutes.....000</p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
5.4	<p>Did you squeeze out the milk from the breast before you first put your child (name) to the breast?</p> <p>శిశువు కు మొదటిసారి మీ పాలిచ్చేముందు మీ పాలని పిండి పారేసారా?</p>	<p>Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88</p>	

5.5	Are you currently breastfeeding your child (name) ? ప్రస్తుతం మీ శిశువు కు మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	5.7
5.6	How many times per day do you breastfeed your child (name) ? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు పడుతున్నారు?	Times <input type="text"/> <input type="text"/>	5.9
5.7	For how many days/months did you breastfeed your child (name) ? ఎన్ని రోజులు మీ శిశువు కి మీ పాలు ఇచ్చారు?	DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/>	
5.8	Why did you stop breastfeeding? ఎందుకని మీ శిశువు కు మీ పాలు పట్టడం ఆపేసారు?	Mother ill/weak.....1 Child ill/weak.....2 Nipple/breast problem.....3 Insufficient milk.....4 Mother working.....5 Child refused.....6 Other (Specify).....7 Don't know.....77 Did not answer.....88	
5.9	What do/did you do to clean your hands/breast before breastfeeding? పాలిచ్చే ముందు మీ రొమ్ము / చేతులు దేనితో శుభ్రం చేస్తారు ?	No preparation.....1 Wipe without water.....2 Wash with water.....3 Wash with soap/water.....4	
5.10 a	What did you give in complementary feeding? Anything else? మీ శిశువుకి ఏ రకమైనపాలు పట్టారు? (Record all responses reported)	Plain Water మంచి నీళ్ళు.....A Cow's milk ఆవు పాలు.....B Powder milk పౌడరు పాలు.....C Buffalo milk గేదే పాలు.....D Any other milk other than breast milk.....E ఏవైనా ఇతర పాలు (తల్లి రొమ్ము పాలు కాకుండా) Any other liquid specify.....F ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి) Honey తేనే.....G Rice అన్నం.....H Dal పప్పు.....I Other cereals ఇతర ధినుసులు.....J Green leafy vegetables ఆకు కూరలు.....K Eggs కోడి గుడ్లు.....L Meat మాంసం.....M Curd పెరుగు.....N Potato ఆలు గడ్డ/బంగాళదుంప.....O Fruits పళ్ళు.....P Other mashed or solid food (Specify) ఇతర ఘన/చితికిన పదార్థాలుQ Don't know.....77 Did not answer.....88	

5.11	<p>When was the first time you gave something other than breast milk to the child (name) ? మీ శిశువుకి మీ పాలు కాకుండా వేరేగా ఏమైనమొదటి సారిగా ఎప్పుడు పట్టారు ? <i>(If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)</i></p>	<p>Immediately/less than 30 minutes.....000</p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
5.12	<p>At any time yesterday or last night, was your child (name) given any of the following from a bottle with a nipple ? : నిన్న లేక గత రాత్రి గాని ఎప్పుడైనా మీ శిశువు కి ఏదైనా, సీసాలో పోసి నిప్పల్ తో త్రాగించారా?</p> <p>a. Plain water?మంచి నీళ్ళు</p> <p>b. cow's milkఆవు పాలు</p> <p>c. Buffalo milkగేదే పాలు</p> <p>d. Powdered milk?పొడరు పాలు</p> <p>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు</p> <p>f. Any other liquid(Specify)----- ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు (వివరించండి)</p>	<p>YES NO DON'T KNOW</p> <p>1 0 77</p> <p>1 0 77</p> <p>1 0 77</p> <p>1 0 77</p> <p>1 0 77</p> <p>1 0 77</p>	
5.13	<p>In the last seven days, how often did you give your child (name) the following: గడచిన వారంలో ఎంత తరచుగా ఈక్రింది వాటిని మీ శిశువు కి ఇచ్చారు/త్రాగించారు?</p> <p>a. Plain water?మంచి నీళ్ళు</p> <p>b. Cow's milk? ఆవు పాలు</p> <p>c. Powdered milk?పొడరు పాలు</p> <p>d. Buffalo milk గేదే పాలు</p> <p>e. Any other milk (other than breast milk)? ఏవైనా ఇతర పాలు(రొమ్ము పాలు కాకుండా)</p> <p>f. Any other liquid? _____(Specify) ఇంకా ఏవైనా ద్రవ పదార్థాలు</p> <p>g.Honeyతేనే.....</p> <p>h. Rice అన్నం</p> <p>i.Dal పప్పు</p> <p>j.Other cerealతృణ ధాన్యాలు</p> <p>k.Green leafy vegetables ఆకు కూరలు</p>	<p>Every Day Some Days Never Don't Know</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p> <p>1 2 3 77</p>	

	l.Eggs గుడ్లు m. Meat మాంసం n. Curd పెరుగు o. Potato ఆలు గడ్డ p.Fruits పళ్ళు q.Other mashed or soild food (specify) ఇతర ఘన పదార్థాలు/చితికిన _____ r. Did not answer..... (88)	1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2	3 3 3 3 3 3	77 77 77 77 77 77	
5.14	How many times per day do you feed your child (name) something other than breast milk (water, powdered milk, other milk, other liquids)? రోజుకి ఎన్నిసార్లు మీ శిశువు కి మీ పాలు కాకుండా వేరేవి త్రాగిస్తున్నారు(మంచి నీళ్ళు, పొడరు పాలు, ఇతర పాలు లేక ఇంకేమైనా ద్రవ పదార్థాలు)?	Feedings per day	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5.15	For Currently breastfeeding women Do you have any other young children that you are also breastfeeding at this time in addition to child (name)? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకా వేరే చంటిబిడ్డలకుకూడా మీ పాలు పడుతున్నారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88			→ 5.16 } 6.1	
5.15a	For women who stopped breastfeeding Did you give breast milk to any other children before you stopped breastfeeding, in addition to your newborn child? మీరు పాలు ఇవ్వడం మానేసే ముందు పుట్టిన బిడ్డకు కాకుండా వేరే చంటి బిడ్డలకు పాలు పట్టారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88			→ 5.16a } 6.1	
5.16	How many other young children are you also breastfeeding, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకాఎంత మంది చంటిబిడ్డలకుమీ పాలు పడుతున్నారు?	<input type="text"/>	Children breastfeeding, excluding the newborn			→ 6.1
5.16a	How many other young children did you breastfeed, not including the newborn? ఇప్పుడు పుట్టిన శిశువు కాకుండా మీరు ఇంకాఎంత మంది చంటిబిడ్డలకుమీ పాలుపట్టారు?	<input type="text"/>	Children breastfed			
6. IMMUNIZATIONS						
6.1	Has your child (name) received any vaccinations? మీ శిశువుకి ఏమైనా టీకాలు ఇప్పించారా ?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88				} 7.1

6.2	Which vaccinations has your child (name) received till now? a. BCG బిసిజి b. Polio పోలియో(1 st , 2 nd , 3 rd dose) c. DPT డిపిటి(1 st , 2 nd , 3 rd dose) d. Hepatitis B హెపటైటిస్ బి(1 st , 2 nd , 3 rd dose) e. Measles మీజిల్స్ f. Any other vaccination(specify) <hr/> ఇంకా ఏవైనా టీకాలు ఇప్పిస్తే (వివరించండి)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>DON'T KNOW</th> <th>No. DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>77</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES	NO	DON'T KNOW	No. DOSES	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	1	0	77	<input type="checkbox"/>	
YES	NO	DON'T KNOW	No. DOSES																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
1	0	77	<input type="checkbox"/>																												
6.3	Which is the source of this information? టీకాలు ఇప్పించినట్లు ఆధారం ఎక్కడ ఉంది ?	Vaccination Card.....1 Mother's Memory.....2 Both.....3 Don't know.....77 Did not answer.....88																													
7. POTENTIAL EXPOSURE																															
7.1	Does anyone in your household smoke? మీరు ఇంట్లో ఎవరైనా పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	7.4																												
7.2	Do they smoke in the house? వాళ్ళు ఇంట్లోనే పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	7.4																												
7.3	Do they smoke with the child (name) present in the same room? శిశువు ఉన్న గదిలోనే వాళ్ళు పొగ త్రాగుతారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88																													
7.4	In the past month, did you mix, apply spray, process, or use pesticides? గడచిన నెలలో మీరు పురుగుల మందును కలపడం, చల్లడం లేక వాడారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	8.1																												
7.5	In the past month where did you mix, apply, spray, process or used pesticides? Anywhere else? (Record all responses reported) గడచిన నెలలో మీరు పురుగుల మందు ఎక్కడ చల్లారు? వేరేదైనా?	Inside the house.....A Outside the house.....B Farm.....C Work place.....D Other _____(Specify)....E Don't know.....77 Didn't answer.....88																													
7.6	When you used/applied the pesticide product(s), did you wear any protective clothing? క్రిమి సంహారకాలు వాడుతున్నప్పుడు మిమ్మల్ని మీరు కాపాడుకొనుటకు ఏమైనా రక్షకాలు ధరిస్తారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	8.1																												

7.7	What did you wear? మీరు ఏమి ధరిస్తారు?	Face mask.....1 Gloves.....2 Other _____ 3 (Specify) Don't know.....77 Didn't answer.....88	
8. WATER SOURCES			
8.1	Is the child (name) given water to drink? మీ శిశువుకి నీళ్ళు పట్టారా/త్రాగించారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 9.1
8.2	When was the first time you gave water to your child after birth? మీ శిశువుకి మొదట సారిగా నీళ్ళు ఎప్పుడు పట్టారు? (If less than half an hour, circle '000'. If more than 30 minutes but less than one hour, record minutes. If less than 24 hours, record hours. Otherwise, record days.)	Immediately/less than 30 minutes.....000 MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> HOURS <input type="text"/> <input type="text"/> DAYS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8.3	Do you take any special precaution with the drinking water that is used for your child (name), as compared to the water that is used by others in your family? మీ కుటుంబంలో ఇతరులు త్రాగే నీటితో పోలిస్తే మీ శిశువుకి పట్టే నీళ్ళ గురించి ముఖ్యమైన జాగ్రత్త తీసుకుంటారా?	Yes.....1 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	} 9.1
8.4	How do you prepare drinking water for your child (name)? Anything else? (Record all responses reported) మీరు మీ శిశువుకి పట్టే నీటిని ఎలా సురక్షితం / శుభ్రం చేస్తారు? వేరేదైనా?	Buy water Doess especially for child (name)A Boiling.....B Chlorination.....C Water filter.....D Electronic purifier.....E Sedimentation.....F Other _____ G (Specify)	
9. HYGIENE/SANITATION			
9.1	When at home, does your child (name) wear cloth or disposable diapers? ఇంట్లో ఉన్నప్పుడు మీ శిశువు గుడ్డ నేపెనా లేక డిస్పోజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుందా ?	Yes (cloth diapers).....A Yes (disposable diapers).....B No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	
9.2	When you go out, does your child (name) wear cloth or disposable diapers? మీరు బయటకి వెళ్ళినప్పుడు గుడ్డ నేపెనా లేక డిస్పోజబుల్ డయ్ పర్ ధరిస్తాడా/ ధరిస్తుందా ?	Yes (cloth diapers).....1 Yes (disposable diapers).....2 No.....0 Don't know.....77 Did not answer.....88	

9.3	Where is your child's (name) waste disposed? Anywhere else? (Record all responses reported) మీ శిశువు దొడ్డి/ పాయిఖానాను ఎక్కడ పారేస్తున్నారు ? వేరెక్క డైనా	Put/rinsed into toilet or latrine.....A Put/rinsed into open drain or ditch.....B Buried.....C Thrown into garbage.....D Left in the open.....E Other _____ F (Specify) Don't know.....77 Did not answer.....88	
-----	--	---	--

10. DEVELOPMENTAL SCREENING**Social and Emotional సాంఘిక/భావోద్వేదిత**

10.1	Does your child share toys with others ? మీ శిశువు తన బొమ్మలతో ఇతరులతో పంచుకొని ఆడుకొంటాడా?	Yes.....1 No.....0	
10.2	Does your child ask for food ? మీ శిశువు ఆహారం కోసం మిమ్మల్ని అడుగుతారా?	Yes.....1 No.....0	
10.3	Does your child ask for drink and toilet? మీ శిశువు నీళ్ళు కావాలని లేదా మల, మూత్రములు పోవాలని అడుగుతారా?	Yes.....1 No.....0	
10.4	Does your child count number? మీ శిశువు అంకెలు లెక్క పెడతారా?	Yes.....1 No.....0	

11. Language/Communication భాష అనుసంధానం

11. 1	Does your child use possessive words? మీ శిశువు possessive పదాలు వాడతారా?(నా పెన్సిల్, నాబాల్)	Yes.....1 No.....0	
11. 2	Does your child use progressive words?(eg:- playing,drinking etc) మీ శిశువు progressive పదాలు వాడతారా?(అడుతున్నా, తాగుతున్నా)	Yes.....1 No.....0	
11. 3	Does your child use more words in a sentence? మీ శిశువు ఒకటి కంటే ఎక్కువ పదాలు ఒక వాక్యంలో పలుకుతాడా?	Yes.....1 No.....0	
11.4	Does your child ask questions or is inquisitive? మీ శిశువు ప్రశ్నలు లేక అనవసర ప్రశ్నలు అడుగుతారా?	Yes.....1 No.....0	

11.5	Does your child know his/her full name? మీ శిశువు తన పూర్తి పేరు తెలుసా?	Yes.....1 No.....0	
11.6	Does your child know his/her gender? మీ శిశువు తన లింగము తెలుసా?	Yes.....1 No.....0	

12.Cognitive (learning, thinking, problem-solving) నేర్పుకోవడం, ఆలోచించడం, సమస్య సాధన

12.1	Does your child make a tower of a blocks ? మీ శిశువు దిమ్మలతో గోపురం పేరుస్తారా?	Yes.....1 No.....0	
12.2	Does your child copy circles? మీ శిశువు వృత్తంను చూసి గీయగలరా?	Yes.....1 No.....0	
12.3	Does your child make circular & vertical strokes? మీ శిశువు వృత్తం & నిలువు గీతలు గీయగలరా?	Yes.....1 No.....0	
12.4	Does your child unscrew lids & turn door knobs? మీ శిశువు డబ్బా మూతలు తలుపు గడలు తీయగలరా?	Yes.....1 No.....0	
12.5	Does your child turn pages of a book one at a time ? మీ శిశువు పుస్తకంలోని ఒక్కొక్క పేజీని తిప్ప గలరా?	Yes.....1 No.....0	
12.6	Does your child sing simple rhymes? మీ శిశువు సాధారణ పద్యాలు పాడగలరా?	Yes.....1 No.....0	

13.Movement/Physical Developments కదలిక / శారీరక ఎదుగుదల

13.1	Does your child go up stairs alternating feet? మీ శిశువు ఒక్క మెట్టుకి ఒక్క అడుగు వేస్తూ మెట్లు ఎక్క గలరా?	Yes.....1 No.....0	
13.2	Does your child walk a mature gait? మీ శిశువు పరిపూర్ణ నడక నడవ గలరా?	Yes.....1 No.....0	
13.3	Does your child run steadily? మీ శిశువు చక్కగా పరిగెత్త గలరా?	Yes.....1 No.....0	
13.4	Does your child ride bicycle? మీ శిశువు సైకిల్ తొక్కగలరా?	Yes.....1 No.....0	

13.5	Has your child developed handedness ? మీ శిశువు చేతి వాటం ఏర్పడిందా?	Yes.....1 No.....0	
13.6	Has your child achieved bowel control? మీ శిశువు మల నియంత్రణ సాధించారా?	Yes.....1 No.....0	
13.7	Has your child achieved bladder control? మీ శిశువు మూత్ర నియంత్రణ సాధించారా?	Yes.....1 No.....0	
13.9	Can your child undress fully? మీ శిశువు తన బట్టలు పూర్తిగా తీసేసుకోగలరా?	Yes.....1 No.....0	
13.10	Can your child put on shoe & socks? మీ శిశువు సాక్స్ & బూట్లు వేసుకో గలరా?	Yes.....1 No.....0	

THANK THE RESPONDENT FOR THE CO-OPERATION AND REASSURE HER ABOUT THE CONFIDENTIALITY OF HER ANSWERS

RECORD THE TIME: _____

Hour

Minutes