

Section 2:
Health உடல் நலம்

I.	Member NAME: உறுப்பினர் பெயர் :	
II.	Member ID: உறுப்பினர் அடையாள எண் :	
III.	Respondent Name: பதிலளிப்பவரின் பெயர்	
IV.	Respondent ID: பதிலளிப்பவரின் அடையாள எண்	
V.	IF PROXY: Reason for Substitution/ Proxy மாற்று நபராக இருப்பின் : மாற்று நபரைத் தேர்வு செய்ததற்கான காரணத்தைக் குறிப்பிடவும் -	

ACTIVITIES OF DAILY LIFE: to Household Members Age 14 and Older

தினசரி வாழ்க்கையின் செயல்பாடுகள் - 14 வயது மற்றும் அதற்கதிகமான வயதுள்ள குடும்ப உறுப்பினர்களுக்கு

If you had [....] could you do it: உங்களுக்கு (.....) இருந்தால் இவை செய்ய இயலுமா?

Q. no	Questions	Options	Codes	Skips
2001.	To dress, without help பிறருடைய உதவியில்லாமல் ஆடை அணிவது	Easily எளிதாக	01	→ Q 2003
		With difficulty சிரமத்துடன்	02	
		Unable to do it இதைச் செய்ய முடியவில்லை	03	
2002.	How long have you had (difficulty/been unable to?)? இது உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக (சிரமமாக இருக்கிறது/ முடியாமலிருக்கிறது)?	Value மதிப்பு		
		Years வருடங்கள்	01	
		Months மாதங்கள்	02	
		Weeks வாரங்கள்	03	
2003.	To go to bathroom (Bowel movement – BM), without help எந்த உதவியும் இல்லாமல் குளியலறைக்குச் செல்வது அல்லது கழிவறைக்கு செல்வது	Easily எளிதாக	01	→ Q 2005
		With difficulty சிரமத்துடன்	02	
		Unable to do it இதைச் செய்ய முடியவில்லை	03	
2004.	How long have you had (difficulty/been unable to?)? இது உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக (சிரமமாக இருக்கிறது / முடியாமலிருக்கிறது)?	Value மதிப்பு		
		Years வருடங்கள்	01	
		Months மாதங்கள்	02	
		Weeks வாரங்கள்	03	
2005.	INVESTIGATOR CHECK: ARE Q.2001 AND Q. 2003 CODED 3 (UNABLE TO DO IT)? பேட்டி எடுப்பவர் சரி பார்கவும் கேள்வி 2001 மற்றும் கேள்வி 2003 க்கு 3 குறியீடு பெற்றுள்ளனவா? (பிறர் உதவியில்லாமல் செய்ய முடியவில்லை)	Yes	01	→ Q 2014
		No	02	
2006.	To Carry heavy load (like 10 kg pail/pot of water) for 20 meters 20 மீட்டர் தூரத்திற்கு கனமான எடையைக் கொண்டு செல்ல முடிவதற்கு (10கிலோஎடை கொண்ட தண்ணீர் பானை போன்றவை)	Easily எளிதாக	01	→ Q 2008
		With difficulty சிரமத்துடன்	02	
		Unable to do it இதைச் செய்ய முடியவில்லை	03	
2007.	How long have you had (difficulty/been unable to?)? உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக (சிரமமாக இருக்கிறது / முடியாமலிருக்கிறது)?	Value மதிப்பு		
		Years வருடங்கள்	01	
		Months மாதங்கள்	02	
		Weeks வாரங்கள்	03	

Q. no	Questions	Options	Codes	Skips
2008.	To walk 5 kms 5 கி.மீட்டர் நடப்பதற்கு	Easily எளிதாக	01	→ Q 2010
		With difficulty சிரமத்துடன்	02	
		Unable to do it இதைச் செய்ய முடியவில்லை	03	
2009.	How long have you had (difficulty/been unable to?)? உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக (சிரமமாக இருக்கிறது / முடியாமலிருக்கிறது)?	Value மதிப்பு		
		Years வருடங்கள்	01	
		Months மாதங்கள்	02	
		Weeks வாரங்கள்	03	
2010.	To sit on the floor with bent knees for at least half an hour. குறைந்தபட்சம் 1/2மணி நேரம் தரையில் முழங்கால் மடக்கி உட்கார?	Easily எளிதாக	01	→Q 2012
		With difficulty சிரமத்துடன்	02	
		Unable to do it இதைச் செய்ய முடியவில்லை	03	
2011.	How long have you had (difficulty/been unable to?)? இப்படி உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக (சிரமமாக இருக்கிறது / முடியாமலிருக்கிறது)?	Value மதிப்பு		
		Years வருடங்கள்	01	
		Months மாதங்கள்	02	
		Weeks வாரங்கள்	03	
2012.	To stand up from sitting on the floor without help தரையில் உட்கார்ந்திருக்கும் போது உதவியில்லாமலேயே எழுந்து நிற்பதற்கு	Easily எளிதாக	01	→ 2014
		With difficulty சிரமத்துடன்	02	
		Unable to do it இதைச் செய்ய முடியவில்லை	03	
2013.	How long have you had (difficulty/been unable to?)? இது உங்களுக்கு எவ்வளவு காலமாக (சிரமமாக இருக்கிறது / முடியாமலிருக்கிறது)?	Value மதிப்பு		
		Years வருடங்கள்	01	
		Months மாதங்கள்	02	
		Weeks வாரங்கள்	03	

ALL HOUSEHOLD MEMBERS - ILLNESS /MISSED ACTIVITIES, PAST 1 YEAR

குடும்ப உறுப்பினர்கள் அனைவருக்கும் - கடந்த 1 வருடத்தில் உடல் நலக்குறைவு காரணமாக விடுபட்ட செயல்பாடுகள்

Q.no	Questions	Options	Code	Skip
2014.	In the past one year, that is, since [DATE], approximately how many days of [NAME]’s primary activities did [NAME] miss due to poor health? கடந்த 1 வருடத்தில்,தேதியிலிருந்து, தோராயமாக எத்தனை நாட்கள் உங்களுடைய அடிப்படை செயல்களை உடல்நலக் குறைவு காரணமாக செய்ய முடியாமல் போனது?	No. of days நாட்களின் எண்ணிக்கை		
2015.	Over the past 1 YEAR, that is, since [DATE]; have [NAME] found it difficult to perform normal activities FOR A WEEK OR MORE because illness or injuries? கடந்த 1 வருடத்தில், அதாவது, (.....) தேதியிலிருந்து நீங்கள் உடல் நலக் குறைவு அல்லது காயங்கள் காரணமாக ஒரு வாரம் அல்லது அதற்கதிகமான காலத்திற்கு உங்களது சாதாரண செயல்பாடுகளைச் செய்வதில் சிரமத்தை உணர்ந்திருக்கிறீர்களா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	

ALL HOUSEHOLD MEMBERS - SYMPTOMS IN THE PAST 1 MONTH (30 DAYS)

குடும்ப உறுப்பினர்கள் அனைவருக்கும் - கடந்த 1 மாதத்தில் (30 நாட்கள்) அறிகுறிகள்

I would like to ask you about some health symptoms and conditions that people sometimes complain about. Now we'd like to know whatever symptoms you have ever had during the past 30 days, namely since [DATE], 1 month ago (codes 01 - Yes, 02- No) மக்கள் சில சமயம் புகார்கள் செய்கிற சில ஆரோக்கிய குறைவு சம்பந்தமான அறிகுறிகள் மற்றும் நிலைமைகள் பற்றி நான் உங்களிடம் கேட்பதற்கு விரும்புகிறேன். இப்பொழுது நீங்கள் கடந்த 30 நாட்களின் போது அதாவது [பெயர்] தேதியிலிருந்து எப்பொழுவதாவது பெற்ற ஆரோக்கிய குறைவு சம்பந்தமான அறிகுறிகள் பற்றித் தெரிந்து கொள்வதற்கு நாங்கள் விரும்புகிறோம். (பதில்கள் 01 - ஆம், 02 - இல்லை)

2016.	Have you experienced [SYMPTOM] in the last 30 days? நீங்கள் கடந்த 30 நாட்களில் [SYMPTOM]-ஐ அனுபவித்திருக்கிறீர்களா? If coded 2 go to next symptom: 2 குறியிடப்பட்டால் அடுத்த அறிகுறி செல்லவும்				If Yes When did you start to have the latest [SYMPTOM]? ஆம் எனில், நீங்கள் சமீபத்தில் [SYMPTOM]-ஐ பெறத் தொடங்கியது எப்போது? Months ago 01 Weeks ago 02 Days ago 03 மாதங்களுக்கு முன்னால் 01 வாரங்களுக்கு முன்னால் 02 நாட்களுக்கு முன்னால் 03	
	Symptoms அறிகுறிகள்		Yes ஆம்	No இல்லை -->NEXT ROW		
a.	Cold symptoms	ஜலதோடி அறிகுறிகள்	01	02	Value	Code
b.	Dry Cough	வறட்டு இருமல்	01	02	Value	Code
c.	Productive cough	கோழை / சளி வரக்கூடிய இருமல்	01	02	Value	Code
d.	Cough with blood	இரத்தத்துடன் இருமல்	01	02	Value	Code
e.	Blood in Spit	எச்சிலில் இரத்தம்	01	02	Value	Code
f.	Trouble breathing/respiratory problems	சுவாசிப்பதில் சிரமம் சுவாச பிரச்சனைகள்	01	02	Value	Code
g.	Fever/Chills	காய்ச்சல் / குளிர் காய்ச்சல்	01	02	Value	Code
h.	Body Ache	உடல் வலி	01	02	Value	Code
i.	Rheumatism [joint pain]	மூட்டு வலி	01	02	Value	Code
j.	Head Ache [dizziness]	தலை வலி (தலை சுற்றல்)	01	02	Value	Code
k.	Vomiting	வாந்தி எடுத்தல்.	01	02	Value	Code
l.	Diarrhea	பேதி	01	02	Value	Code
m.	Nausea/heartburn/Abdominal pains	வாந்தி வருவது போன்ற உணர்வு / நெஞ்செரிச்சல் / அடிவயிற்றில் வலி	01	02	Value	Code
n.	Painful Urination	வலியுடன் சிறுநீர் கழிப்பது	01	02	Value	Code
o.	Skin problems /scabies/ulcers/boils	தோல் சம்பந்தமான சொறி, புண் பிரச்சனைகள் / கொப்பளம் / சருமப்பிரச்சினைகள்	01	02	Value	Code
p.	Ear pain/ Ear ache	காதுவலி	01	02	Value	Code
q.	Eye sore	கண் வலி	01	02	Value	Code
r.	Toothache	பல் வலி	01	02	Value	Code
s.	Chest Pain	நெஞ்சுவலி	01	02	Value	Code
t.	Any Other (Specify)	மற்றவை (குறிப்பிடவும்)	01	02	Value	Code
u.	Any Other (Specify)	மற்றவை (குறிப்பிடவும்)	01	02	Value	Code

TO ALL HOUSEHOLD MEMBERS – ILLNESS/ MISSED ACTIVITIES, LAST 30 DAYS (ONE MONTH)

குடும்ப உறுப்பினர்கள் அனைவருக்கும் - கடந்த 30 நாட்களின் (1 மாதத்தில்) உடல் நலக்குறைவு காரணமாக விடுபட்ட செயல்பாடுகள்

Q.no	Questions	Options	Code	Skip
2017.	In the last one month, how many days of primary daily activity did [NAME] miss due to poor health? (No. of days) கடந்த ஒரு மாதத்தில், நீங்கள் எத்தனை நாட்கள் முதன்மை தினசரி செயல்பாடுகளை உடல்நிலை குறைவால் செய்ய முடியாமல் போனது? (நாட்களின் எண்ணிக்கை)	No. of days நாட்களின் எண்ணிக்கை		

TO ALL HOUSEHOLD MEMBERS: SELF TREATMENT IN THE LAST 30 DAYS

குடும்ப உறுப்பினர்கள் அனைவருக்கும் - கடந்த 30 நாட்களில் சுயமாகச் சிகிச்சை

Now we'd like to know whether you have treated yourself for any symptoms/illness during the past 30 days, namely since [NAME] date, 1 month ago

நீங்கள் ஏதேனும் அறிகுறிகள் / உடல் நலக் குறைகளுக்காக கடந்த 30 நாட்களின் போது அதாவது [NAME] தேதியிலிருந்து, 1 மாதத்திற்கு முன்னால் நீங்களே சிகிச்சை செய்து கொண்டிருக்கிறீர்களா எனத் தெரிந்து கொள்வதற்கு இப்பொழுது நாங்கள் விரும்புகிறோம்.

Q.no	Questions	Options	Code	Skip
2018.	During the past one month, have you purchased any modern medicines on your own that is without the prescription to treat any health problem? மருத்துவருடைய மருந்து சீட்டு இல்லாமல் உங்களுடைய உடல்நல குறைவைப் போக்க கடந்த 1 மாதத்தில் நீங்களாகவே நவீன (மார்டன்) மருந்து எவையேனும் வாங்கியிருக்கிறீர்களா?	Yes ஆம்	01	
		No .இல்லை	02	-->2020
2019.	If Yes, how much did you pay for all modern medicines purchased on your own in the last one month? INCLUDE IN KIND (Value in Rs) .ஆம் என்றால், நீங்களாகவே வாங்கிய நவீன மருந்துகளுக்கு கடந்த 1 மாதத்தில் எவ்வளவு செலவழித்தீர்கள்? பொருளாக கொடுத்ததையும் சேர்த்து (மதிப்பை ரூபாயில் குறிப்பிடவும்)	Rs ரூ		
2020.	During the past one month, have you purchased any traditional herbs or medicines on your own that is without consulting a health care practitioner to treat any health problem? .மருத்துவர் யாரையும் கலந்தாலோசனை செய்யாமல், உங்களுடைய உடல்நலக் குறைவைப் போக்க கடந்த 1 மாதத்தில் பாரம்பரிய மூலிகைகள் அல்லது மருந்துகளை நீங்களாகவே வாங்கியிருக்கிறீர்களா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	-->2022
2021.	If Yes, how much did you pay for all traditional herbs or medicines purchased on your own in the last one month? INCLUDE IN KIND ஆம் எனில், நீங்களாகவே வாங்கிய பாரம்பரிய மூலிகைகள் அல்லது மருந்துக்காக கடந்த 1 மாதத்தில் எவ்வளவு பணம் செலவழித்தீர்கள்? பொருளாக கொடுத்ததையும் சேர்த்து	Rs ரூ		

ALL HOUSEHOLD MEMBERS: HEALTH TREATMENT IN THE LAST 30 DAYS

குடும்ப உறுப்பினர்கள் அனைவருக்கும் - கடந்த 30 நாட்களில் ஆரோக்கியச் சிகிச்சை

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips
2022.	In the past 1 month, did you visit any health provider for treatment of symptoms or sickness? உடல் நலக் குறைவு அல்லது நோயக்காக சிகிச்சை பெற கடந்த 1 மாதத்தில் மருத்துவரைப் பார்த்தீர்களா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2046
TO PEOPLE WHO'VE SEEN HEALTH PROVIDER FOR SYMPTOMS IN LAST 30 DAYS கடந்த 30 நாட்களில் உடல்நலக் குறைவு அறிகுறிகளுக்காக ஆரோக்கியப் பராமரிப்பு அளிப்பவரைப் பார்த்திருக்கிற நபர்களுக்கு				
2023.	How many times did you visit / consult someone about any of these conditions in the last 30 days? நீங்கள் கடந்த 30 நாட்களில் இந்த உடல்நலக் குறைவுகளுக்காக எதையேனும் பற்றி மருத்துவரிடம் எத்தனை தடவைகள் ஆலோசனை பெற்றீர்கள்?	No. of times தடவைகளின் எண்ணிக்கை		
2024.	How long ago was your last (most recent visit) visit / consultation with someone about these conditions in the last 30 days? கடந்த 30 நாட்களில் இந்த ஆரோக்கிய குறைவு பற்றி ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவர் ஒருவருடன் உங்களது கடைசி மிகச் சமீபத்திய விசிட்) ஆலோசனை எவ்வளவு நாட்களுக்கு முன்னால் இருந்தது?	No. of days நாட்களின் எண்ணிக்கை		
2025.	For which conditions did you make the MOST RECENT visit / consultation? நீங்கள் மிகச் சமீபத்திய ஆலோசனையை எந்த உடல்நலக் குறைவு நிலைமைகளுக்காகப் பெற்றீர்கள்? INVESTIGATOR: RECORD THE ALPHABET OF EACH CONDITION FROM THE ABOVE GRID (Q.2016). பேட்டியெடுப்பவர் - மேலேயுள்ள கிரிட்டிலிருந்து (கே. 2016) ஒவ்வொரு நிலைமையின் எண்ணை பதிவு செய்யவும்			
		Others (Specify)_____ மற்றவை (குறிப்பிடவும்)		

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips
2026.	I'd like to talk about your most recent visit in the last 30 days. Which type of facility did you visit, or which type of health provider did you consult? நான் கடந்த 30 நாட்களில் உங்களது மிகச் சமீபத்திய விசிட் பற்றி பேசுவதற்கு விரும்புகிறேன். நீங்கள் எந்த வகை வசதிக்குச் சென்றீர்கள் அல்லது நீங்கள் எந்த வகை ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரிடம் ஆலோசனை பெற்றீர்கள்?	Public Medical Sector		
		பொது மருத்துவத்துறை		
		Govt./Municipal Hospital அரசாங்க/முனிசிபல் மருத்துவமனை	01	
		Govt. Dispensary அரசாங்க மருந்தகம்	02	
		UHV/UHP/UFWC யுஹெவி/யுஹெஸ்பி/யுஎஃப்டபிள்யுசி	03	
		CHC/Rural Hospital/PHC சிஹெச்சி/ கிராமப்புற மருத்துவமனை/ பொது சுகாதார மையம்	04	
		Sub Centre துணை மையம்	05	
		Govt. Mobile Clinic அரசாங்க நடமாடும் கிளினிக்	06	
		Camp முகாம் (கேம்ப்)	07	
		Anganwadi/ICDS center அங்கன்வாடி/ஐசிடீஎஸ் சென்டர்	08	
		Other Public sector health facility மற்ற பொதுத்துறை ஆரோக்கிய வசதி	09	
		Other Government/ Public medical facility மற்ற அரசாங்க / பொது மருத்துவ வசதி	10	
		NGO or Trust Hospital/Clinic என்ஜிஓ அல்லது அறக்கட்டளை மருத்துவமனை/கிளினிக்	11	
		Private Medical Sector		
		தனியார் மருத்துவத்துறை		
		Private Hospital தனியார் மருத்துவமனை	12	
		Private Doctor/Clinic தனியார் மருத்துவர் / கிளினிக்	13	
		Private mobile clinic தனியார் மொபைல் க்ளினிக்	14	
		Ayurvedic doctor [Vaidya/Hakim/Homeopath] ஆயுர்வேத மருத்துவர் (வைத்தியர், ஹக்கிம், ஹோமியோபதி)	15	
		Traditional Healer பாரம்பரிய மருத்துவர்	16	
		Pharmacy/ Dispensary ஃபார்மஸி / மருந்தகம்	17	
		Dai (TBA) டாய் (பாரம்பரிய பிரசவம் பார்ப்பவர்)	18	
		Other private sector health facility மற்ற தனியார் துறை ஆரோக்கிய வசதி	19	
		Other மற்றவை	20	
2027.	Was this consultation with a health provider in your own home? ஆரோக்கியப் பராமரிப்பு அளிப்பவருடனான இந்த ஆலோசனை உங்களது வீட்டில் நடந்ததா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2029
2028.	Where is this health provider based? இந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவர் எங்கு உள்ளார்? INVESTIGATOR: WRITE THE NAME AND PLACE OF THIS HEALTH PROVIDER'S PRIMARY LOCATION பேட்டியெடுப்பவர் - இந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரின் முதன்மையான இருப்பிடத்தின் பெயர் மற்றும் அமைவிடம் எழுதவும்	Name of Village/Town கிராமம் / ஊர் பெயர் _____		
		Village / Town Census ID [Editing] கிராம / ஊர் சென்ஸஸ் அடையாள எண் (எட்டிடங்) _____		
		Name of Taluk தாலுகா பெயர் _____		
		Taluk ID தாலுகா அடையாள எண் _____		
		District Name மாவட்டத்தின் பெயர் _____		
		District ID மாவட்டத்தின் அடையாள எண் _____		
		State Name மாநிலத்தின் பெயர் _____		
		State ID மாநிலத்தின் அடையாள எண் _____		

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips	
2029.	Is this facility situated in this village இந்த வசதி இந்த ஊரில் உள்ளதா?	Yes ஆம்	01		
		No இல்லை	02	→2031	
2030.	What is the name of this provider or this facility? FACILITY ID [ADD AFTER INTERVIEW] இந்த சேவை அளிப்பவர் அல்லது வசதியின் பெயர் என்ன? வசதியின் அடையாள எண் (பேட்டிக்கு பிறகு சேர்க்கவும்)	NAME பெயர் _____ FACILITY ID வசதியின் அடையாள எண் _____		→2036	
2031.	If not in village , Where is this facility located, or where did you consult this health provider? கிராமத்தில் இல்லை எனில், இந்த வசதி எங்கு அமைந்திருக்கிறது அல்லது நீங்கள் இந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரிடம் எங்கு ஆலோசனை பெற்றீர்கள்?	NAME OF PROVIDER/FACILITY பராமரிப்பு அளிப்பவர் / வசதியின் பெயர் _____ Name of Village/Town கிராமம் / ஊர் பெயர் _____ Village / Town Census ID [Editing] கிராம / ஊர் சென்ஸஸ் அடையாள எண் (எடிட்டிங்) _____ Name of Taluk தாலுகா பெயர் _____ Taluk ID தாலுகா அடையாள எண் _____ District Name மாவட்டத்தின் பெயர் _____ District ID மாவட்டத்தின் அடையாள எண் _____ State Name மாநிலத்தின் பெயர் _____ State ID மாநிலத்தின் அடையாள எண் _____			
2032.	If not in village, distance from village (km)[one way] கிராமத்தில் இல்லை எனில், கிராமத்திலிருந்து தூரம் எவ்வளவு? (கி.மீட்டர்) (ஒரு வழி)	In kms கி. மீட்டர்களில்			
2033.	If not in village, transportation cost, round trip கிராமத்தில் இல்லை எனில், போக வர போக்குவரத்துச் செலவு	In Rs. ரூபாயில்			
2034.	If not in village, what was the mode of transportation? கிராமத்தில் இல்லை எனில், போக்குவரத்து வழி வகை எது?	Train Bus – (Govt./ Private) School / company bus 4-wheeler Share auto/auto 2 wheeler cycle rickshaw cycle Horse cart Bullock cart Boat / Waterways foot Other mode (Specify) _____ மற்றவை (குறிப்பிடவும்)	ரயில் பேருந்து அரசு / தனியார்) பள்ளிப் / கம்பெனி பேருந்து (பஸ்) 4 சக்கர வாகனம் ஜேர் ஆட்டோ / ஆட்டோ 2 சக்கர வாகனம் சைக்கிள் ரிக்ஷா சைக்கிள் குதிரை வண்டி மாட்டு வண்டி படகு / நீர் வழியாக நடந்து செல்வது	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13	
2035.	If not in village, what was the travel time, one way, to this facility? கிராமத்தில் இல்லை எனில், இந்த வசதிக்கு செல்வதற்கு அதாவது ஒரு வழிக்கு பயண நேரம் என்ன?	Hours மணி நேரங்கள் Minute நிமிடங்கள்			
2036.	Upon arrival, how long did you wait to be examined by a health officer? போய்ச் சேர்ந்தவுடன், நீங்கள் ஆரோக்கிய அதிகாரியால் பரிசோதிக்கப்படுவதற்கு எவ்வளவு நேரம் காத்திருந்தீர்கள்?	Hours மணி நேரங்கள் Minute நிமிடங்கள்			
2037.	How much time, in total, did you spend at the health facility (from arrival to the end of treatment?) நீங்கள் ஆரோக்கிய வசதியில் மொத்தத்தில் எவ்வளவு நேரம் (போய்ச் சேர்ந்ததிலிருந்து சிகிச்சையின் இறுதி வரையில்) செலவழித்தீர்கள்?	Hours மணி நேரங்கள் Minute நிமிடங்கள்			

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips
2038.	Who examined you? யார் உங்களை பரிசோதித்தார்கள்? RECORD ALL PERSONS SEEN பார்க்கப்பட்ட அனைத்து நபர்களையும் பதிவு செய்யவும்	Doctor மருத்துவர்	01	
		Nurse நர்ஸ்	02	
		Compounder/Pharmacist கம்பவுண்டர் / ஃபார்மஸிஸ்ட்	03	
		ANM/LHV ஏஎன்எம்/எல்ஹெச்வி	04	
		Male MPW/ Supervisor ஆண் மேற்பார்வையாளர்	05	
		Lab technician/radiographer ஆய்வக டெக்னீஷியன் / ரேடியோ கிராஃபர்	06	
		Clerk எழுத்தர்	07	
		Anganwadi worker அங்கன்வாடி ஊழியர்	08	
		Village Health Guide கிராமத்தின் ஆரோக்கிய வழிகாட்டி	09	
		Asha ஆஷா	10	
		Other Public Health worker மற்ற பொதுச் சுகாதார ஊழியர்	11	
		NGO worker அரசு சாரா நிறுவனத்தின் ஊழியர்	12	
		Private doctor தனியார் மருத்துவர்	13	
		Private Nurse தனியார் நர்ஸ்	14	
		Private Compounder/Pharmacist தனியார் கம்பவுண்டர் / ஃபார்மஸிஸ்ட்	15	
		Vaidya/Hakim/Homeopath வைத்தியர் / ஹோமியோபதி மருத்துவர்	16	
		Dai (TBA) டாய் (பாரம்பரிய பிரசவம் பார்ப்பவர்)	17	
		Traditional Healer பாரம்பரிய மருத்துவர்	18	
		Other private sector Health worker மற்ற தனியார் துறை ஆரோக்கிய ஊழியர்	19	
		Other ministerial staff மற்ற நிர்வாக ஊழியர்	20	
		Others specify _____ மற்றவை குறிப்பிடவும்	21	
2039.	Were you Hospitalized for this illness? நீங்கள் இந்த உடல் நலக்குறைவிற்காக மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டீர்களா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2041
2040.	Did you have to go to a different place to get admitted as an inpatient நீங்கள் உள் நோயாளியாக அனுமதிக்கப்படுவதற்கு வேறு மருத்துவமனைக்குச் செல்ல வேண்டியிருந்ததா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	
2041.	FOR THIS VISIT: did you get _____? இந்த வருகையில் நீங்கள் ஐப் பெற்றீர்களா? Read out all the options and code (Multiple answers possible) அனைத்து விருப்பத் தேர்வுகள் படித்துக் காட்டி குறியிடவும் (பல பதில்கள் சொல்லலாம்)	Consultation ஆலோசனை	01	
		Medication given in facility வசதியில் மருத்து தரப்பட்டது	02	
		Injection ஊசி மருந்து	03	
		Drip ட்ரிப்	04	
		Operation/Surgery அறுவை சிகிச்சை	05	
		Lab test ஆய்வகப் பரிசோதனை	06	
		Other treatment (Specify)_____ மற்ற சிகிச்சை (குறிப்பிடவும்)	07	

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips
2042.	What was the total cost of treatment, including medications that may have been administered, (do not include the cost incurred for purchasing the medicines from outside) not including prescription cost? ப்ரீஸ்கிரிப்ட்ஷன் செலவைச் சேர்க்காமல், தரப்பட்ட மருந்தையும் சேர்த்து சிகிச்சைக்கான மொத்த செலவு என்ன? (வெளியிலிருந்து மருந்துகளை வாங்குவதற்காக ஏற்பட்ட செலவைச் சேர்க்க வேண்டாம்)	In Rs. ரூபாயில்		
2043.	Did the Doctor also give you a prescription? மருத்துவர் உங்களுக்கு பிரிஸ்கிரிப்ட்ஷனும் தந்தாரா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2070
2044.	Did you buy the medicines prescribed by the Doctor? நீங்கள் மருத்துவரால் பரிந்துரை செய்யப்பட்ட மருந்துக்களை வாங்கினீர்களா?	Yes, partially ஆம், பகுதியளவு	01	
		Yes, fully ஆம், முழுவதும்	02	
		No இல்லை	03	→ 2070
2045.	What was the cost to buy that (partial/entire) prescription? அந்த ப்ரீஸ்கிரிப்ட்ஷனை (பகுதியளவு / முழுமையாக) வாங்குவதற்கான செலவு என்ன?	In Rs.ரூபாயில்		

TO PEOPLE WHO HAVE NOT BEEN TO DOCTOR IN THE LAST 30 DAYS:
MOST RECENT VISIT FOR SYMPTOMS IN THE PAST 12 MONTHS
கடந்த 30 நாட்களில் உடல்நலக் குறைவுகளுக்காக டாக்டரை பார்க்க தேவைப்படாமல், கடந்த 12 மாதங்களில் டாக்டரை பார்த்த நபர்களிடம், அவர்களுடைய கடைசியாக நிகழ்ந்த சந்திப்பு பற்றி

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips
2046.	Now I would like to ask you about your last visit to a health facility or consultation with a health provider. Did you consult anyone [INVESTIGATOR: PROBE FOR PHC, DOCTOR, ETC] for any SYMPTOMS (problems, complaints), or illnesses in the last 12 months? நீங்கள் கடைசியாக விசிட் செய்த ஆரோக்கிய வசதி அல்லது ஆரோக்கியப் பராமரிப்பு அளிப்பவருடன் ஆலோசித்ததை பற்றிக் கேட்பதற்கு இப்பொழுது நான் விரும்புகிறேன் கடந்த 12 மாதங்களில் ஏதேனும் அறிகுறிகள் அல்லது உடல் நலக்குறைவு எதற்கேனும் மருத்துவர் எவரிடமாவது ஆலோசனை பெற்றீர்களா? (பேட்டியெடுப்பவர் பொதுச் சுகாதார மையம், மருத்துவர் இதரவற்றுக்காகத் தூண்டிக் கேட்கவும்)	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2070
2047.	If yes, How many times did you consult someone for any health reason in the last 12 months? (No. of times) ஆம் எனில், நீங்கள் கடந்த 12 மாதங்களில் ஏதேனும் ஆரோக்கியம் சம்பந்தப்பட்ட காரணத்திற்காக மருத்துவர் ஒருவரிடம் எத்தனை தடவைகள் ஆலோசனை பெற்றீர்கள்? (தடவைகளின் எண்ணிக்கை)	No. of times (தடவைகளின் எண்ணிக்கை)		
2048.	How long ago was your last [MOST RECENT] visit to a health facility or consultation with a health provider? ஒரு ஆரோக்கிய வசதிக்கு அல்லது ஒரு ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரிடம் ஆலோசனைக்கு உங்களது கடந்த (மிகச் சமீபத்திய) விசிட் எவ்வளவு நாட்களுக்கு முன்னால் இருந்தது?	Value <u>Units</u>		
		Months மாதங்கள்	01	
		Weeks வாரங்கள்	02	
2049.	For which conditions did you make the MOST RECENT Visit? நீங்கள் மிகச் சமீபத்திய ஆலோசனையை எந்த ஆரோக்கிய குறைவு நிலைமைகளுக்காகப் பெற்றீர்கள்? INVESTIGATOR: RECORD THE NUMBER OF EACH CONDITION FROM THE ABOVE GRID (Q. 2016). பேட்டியெடுப்பவர் - மேலேயுள்ள கிரிட்டிலிருந்து (Q. 2016) .ஒவ்வொரு நிலைமையின் எண்ணை பதிவு செய்யவும் INVESTIGATOR: IF CONSULTATION MADE FOR ROUTINE EXAMINATION/ MEDICAL CHECK UP, PRENATAL, IMMUNIZATION, DO NOT INCLUDE HERE. பேட்டியெடுப்பவர் - இந்த ஆலோசனை வழக்கமான பரிசோதனை / மருத்துவப் பரிசோதனைக்காக, கர்ப்பத்திற்கு, நோய்த்தடுப்பூசிக்காக செய்யப்பட்டது எனில் இங்கு சேர்க்க வேண்டாம்			
		Others (Specify)_____		
		மற்றவை (குறிப்பிடவும்)		

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips
2050.	I'd like to talk about your most recent visit in the last 12 months. Which type of facility did you visit, or which type of health provider did you consult? கடந்த 12 மாதங்களில் உங்களது மிகச் சமீபத்திய விசிட் பற்றி நான் பேசுவதற்கு விரும்புகிறேன். நீங்கள் எந்த வகை வசதிக்குச் சென்றீர்கள் அல்லது நீங்கள் எந்த வகை ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரிடம் ஆலோசனை பெற்றீர்கள்?	Public Medical Sector பொது மருத்துவத்துறை		
		Govt./Municipal Hospital அரசாங்க/முனிசிபல் மருத்துவமனை	01	
		Govt. Dispensary அரசாங்க மருந்தகம்	02	
		UHV/UHP/UFWC யுஹெச்வி/யுஹெஸ்பி/யுஎஃப்ஃபிள்யுசி	03	
		CHC/Rural Hospital/PHC சிஹெச்சி/ கிராமப்புற மருத்துவமனை/ ஆரம்ப சுகாதார மையம்	04	
		Sub Centre துணை மையம்	05	
		Govt. Mobile Clinic அரசாங்க நடமாடும் கிளினிக்	06	
		Camp முகாம் (கேம்ப்)	07	
		Anganwadi/ICDS center அங்கன்வாடி/ஐசிடிஎஸ் சென்டர்	08	
		Other Public sector health facility மற்ற பொதுத்துறை ஆரோக்கிய வசதி	09	
		Other Government/ Public medical facility மற்ற அரசாங்க / பொது மருத்துவ வசதி	10	
		NGO or Trust Hospital/Clinic என்ஜிஓ அல்லது அறக்கட்டளை மருத்துவமனை/ கிளினிக்	11	
		Private Medical Sector தனியார் மருத்துவத்துறை		
		Private Hospital தனியார் மருத்துவமனை	12	
		Private Doctor/Clinic தனியார் மருத்துவர் / கிளினிக்	13	
		Private mobile clinic தனியார் மொபைல் க்ளினிக்	14	
		Ayurvedic doctor [Vaidya/Hakim/Homeopath] ஆயுர்வேத மருத்துவர் (வைத்தியர், ஹக்கிம், ஹோமியோபதி)	15	
		Traditional Healer பாரம்பரிய மருத்துவர்	16	
		Pharmacy/ Dispensary ஃபார்மஸி / மருந்தகம்	17	
		Dai (TBA) டாய் (பாரம்பரிய பிரசவம் பார்ப்பவர்)	18	
		Other private sector health facility மற்ற தனியார் துறை ஆரோக்கிய வசதி	19	
		Other மற்றவை	20	
2051.	Was this consultation with a health provider in your own home? ஆரோக்கியப் பராமரிப்பு அளிப்பவருடனான இந்த ஆலோசனை உங்களது வீட்டில் நடந்ததா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→2053
2052.	Where is this health provider based? இந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு ,அளிப்பவர் எங்கு உள்ளார்? INVESTIGATOR: WRITE THE NAME AND PLACE OF THIS HEALTH PROVIDER'S PRIMARY LOCATION பேட்டியெடுப்பவர் - இந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரின் முதன்மையான இருப்பிடத்தின் பெயர் மற்றும் அமைவிடம் எழுதவும்	Name of Village/Town கிராமம் / ஊர் பெயர் _____ Village / Town Census ID [Editing] கிராம / ஊர் சென்ஸஸ் அடையாள எண் (எட்டிட்டிங்) _____ Name of Taluk தாலுகா பெயர் _____ Taluk ID தாலுகா அடையாள எண் _____ District Name மாவட்டத்தின் பெயர் _____ District ID மாவட்டத்தின் அடையாள எண் _____ State Name மாநிலத்தின் பெயர் _____ State ID மாநிலத்தின் அடையாள எண் _____		→ 2062

Q.no	Questions	Options		Codes	Skips
2053.	If not in your home, is this facility situated in this village உங்கள் வீட்டில் இல்லையென்றால், இந்த வசதி இந்த ஊரில் உள்ளதா?	Yes ஆம்		01	→ 2055
		No இல்லை		02	
2054.	If this provider or facility is in the village, what is the name of the provider or facility? FACILITY ID [ADD AFTER INTERVIEW] இந்த சேவை அளிப்பவர் அல்லது வசதி இந்த கிராமதில் இருந்தால், இந்த சேவை அளிப்பவர் அல்லது வசதியின் பெயர் என்ன? வசதியின் அடையாள எண் (பேட்டிக்கு பிறகு சேர்க்கவும்)	NAME: பெயர் _____			→ 2060
		ID			
2055.	If not in village , Where is this facility located, or where did you consult this health provider? இந்த ஊரில் இல்லை எனில், இந்த வசதி எங்கு அமைந்திருக்கிறது அல்லது நீங்கள் இந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரிடம் எங்கு ஆலோசனை பெற்றீர்கள்?	Name of Village/Town கிராமம் / ஊர் பெயர் _____			
		Village / Town Census ID [Editing] கிராம / ஊர் சென்ஸஸ் அடையாள எண் (எட்டிட்டிங்) _____			
		Name of Taluk தாலுகா பெயர் _____			
		Taluk ID தாலுகா அடையாள எண் _____			
		District Name மாவட்டத்தின் பெயர் _____			
		District ID மாவட்டத்தின் அடையாள எண் _____			
		State Name மாநிலத்தின் பெயர் _____			
		State ID மாநிலத்தின் அடையாள எண் _____			
2056.	If not in village, distance from village (km) இந்த ஊரில் இல்லை எனில், இந்த ஊரிலிருந்து தூரம் (கி.மீட்டர்)	In kms கி. மீட்டர்களில்			
2057.	If not in village, transportation cost, round trip இந்த ஊரில் இல்லை எனில், போக வர போக்குவரத்துச் செலவு	In Rs. ரூபாயில்			
2058.	If not in village, what was the mode of transportation? இந்த ஊரில் இல்லை எனில், போக்குவரத்து வழி வகை எது?	Train	ரயில்	01	
		Bus – (Govt./ Private)	பேருந்து (அரசு / தனியார்)	02	
		School / company bus	பள்ளிப் / கம்பெனி பேருந்து (பஸ்)	03	
		4-wheeler	4 சக்கர வாகனம்	04	
		Share auto/auto	ஜேர் ஆட்டோ / ஆட்டோ	05	
		2 wheeler	2 சக்கர வாகனம்	06	
		cycle rickshaw	சைக்கிள் ரிக்ஷா	07	
		cycle	சைக்கிள்	08	
		Horse cart	குதிரை வண்டி	09	
		Bullock cart	மாட்டு வண்டி	10	
		Boat / Waterways	படகு / நீர் வழியாக	11	
		foot	நடந்து செல்வது	12	
		Other mode (Specify) _____ மற்றவை (குறிப்பிடவும்)			13
2059.	If not in village, what was the travel time, one way, to this facility? இந்த ஊரில் இல்லை எனில், இந்த வசதிக்கு செல்வதற்கு ஒரு வழிக்கு பயண நேரம் என்ன?	Hours மணி நேரங்கள்			
		Minute நிமிடங்கள்			
2060.	Upon arrival, how long did you wait to be examined by a health officer? போய்ச் சேர்ந்தவுடன், நீங்கள் ஆரோக்கிய அதிகாரியால் பரிசோதிக்கப்படுவதற்கு எவ்வளவு நேரம் காத்திருந்தீர்கள்?	Hours மணி நேரங்கள்			
		Minute நிமிடங்கள்			
2061.	How much time, in total, did you spend at the health facility (from arrival to the end of treatment?) நீங்கள் ஆரோக்கிய வசதியில் மொத்தத்தில் எவ்வளவு நேரம் (போய்ச் சேர்ந்ததிலிருந்து சிகிச்சையின் இறுதி வரையில்) செலவழித்தீர்கள்?	Hours மணி நேரங்கள்			
		Minute நிமிடங்கள்			

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips
2062.	Who examined you? யார் உங்களை பரிசோதித்தார்கள்? RECORD ALL PERSONS SEEN பார்க்கப்பட்ட அனைத்து நபர்களையும் பதிவு செய்யவும்	Doctor மருத்துவர்	01	
		Nurse நர்ஸ்	02	
		Compounder/Pharmacist கம்பவுண்டர் / ஃபார்மலிஸ்ட்	03	
		ANM/LHV ஏஎன்எம்/எல்ஹெச்வி	04	
		Male MPW/ Supervisor ஆண் மேற்பார்வையாளர்	05	
		Lab technician/radiographer ஆய்வக டெக்னீஷியன் / ரேடியோ கிராஃபர்	06	
		Clerk எழுத்தர்	07	
		Anganwadi worker அங்கன்வாடி ஊழியர்	08	
		Village Health Guide கிராமத்தின் ஆரோக்கிய வழிகாட்டி	09	
		Asha ஆஷா	10	
		Other Public Health worker மற்ற பொதுச் சுகாதார ஊழியர்	11	
		NGO worker அரசு சாரா நிறுவனத்தின் ஊழியர்	12	
		Private doctor தனியார் மருத்துவர்	13	
		Private Nurse தனியார் நர்ஸ்	14	
		Private Compounder/Pharmacist தனியார் கம்பவுண்டர் / ஃபார்மலிஸ்ட்	15	
		Vaidya/Hakim/Homeopath வைத்தியர்/ஹக்கீம்/ஹோமியோபதி மருத்துவர்	16	
		Dai (TBA) டாய் (பாரம்பரிய பிரசவம் பார்ப்பவர்)	17	
		Traditional Healer பாரம்பரிய மருத்துவர்	18	
		Other private sector Health worker மற்ற தனியார் துறை ஆரோக்கிய ஊழியர்	19	
		Other ministerial staff மற்ற நிர்வாக ஊழியர்	20	
		Others (specify) மற்றவை (குறிப்பிடவும்) _____	21	
2063.	Were you Hospitalized (OVERNIGHT) for this illness? நீங்கள் இந்த உடல் நலக்குறைவிற்காக (ஒரு இரவு) மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டீர்களா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2065
2064.	Did you have to go to a different place to get admitted as an inpatient நீங்கள் உள் நோயாளியாக அனுமதிக்கப்படுவதற்கு வேறு மருத்துவமனைக்குச் செல்ல வேண்டியிருந்ததா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	
2065.	FOR THIS Visit: did you get _____? இந்த வருகையில் நீங்கள் ஐப் பெற்றீர்களா? Read out all the options and code (Multiple answers possible) அனைத்து விருப்பத் தேர்வுகள் படித்துக் காட்டி குறியிடவும் (பல பதில்கள் வரலாம்)	Consultation ஆலோசனை	01	
		Medication given in facility வசதியில் மருந்து தரப்பட்டது	02	
		Injection ஊசி மருந்து	03	
		Drip ட்ரிப்	04	
		Operation/Surgery அறுவை சிகிச்சை	05	
		Lab test ஆய்வகப் பரிசோதனை	06	
		Other treatment (Specify) மற்ற சிகிச்சை (குறிப்பிடவும்)	07	
2066.	What was the total cost of treatment, including medications that may have been administered, (do not include the cost incurred for purchasing the medicines from outside) not including prescription cost? ப்ரிஸ்கிரிப்சன் செலவைச் சேர்க்காமல், தரப்பட்ட மருந்தையும் சேர்த்து சிகிச்சைக்கான மொத்த செலவு என்ன? (வெளியிலிருந்து மருந்துகளை வாங்குவதற்காக ஏற்பட்ட செலவைச் சேர்க்க வேண்டாம்)	In Rs. ரூபாயில்		
2067.	Did the Doctor also give you a prescription? மருத்துவர் உங்களுக்கு பிரிஸ்கிரிப்சனும் தந்தாரா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2070
2068.	Did you buy the medicines prescribed by the Doctor? நீங்கள் மருத்துவரால் பரிந்துரை செய்யப்பட்ட மருந்துகளை வாங்கினீர்களா?	Yes partially ஆம், பகுதியளவு	01	
		Yes, fully ஆம், முழுவதும்	02	
		No இல்லை	03	→ 2070
2069.	What was the cost to buy that (partial/entire) prescription? அந்த ப்ரிஸ்கிரிப்சனை (பகுதியளவு / முழுமையாக) வாங்குவதற்கான செலவு என்ன?	In Rs. ரூபாயில்		

ALL HOUSEHOLD MEMBERS: HEALTH CHECK-UPS IN THE LAST ONE YEAR

குடும்பத்தின் உறுப்பினர்கள் அனைவரும் - கடந்த ஒரு வருடத்தில் ஆரோக்கியத்திற்கான பரிசோதனை

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips	
2070.	Did you consult anyone [INVESTIGATOR: PROBE FOR PHC, DOCTOR, ETC] when not sick in the last one year for medical check ups, including general health, chronic care, etc (excluding prenatal care, immunization)? உடல் நலமாக இருந்தபோது நீங்கள் கடந்த ஒரு வருடத்தில் பொதுவான ஆரோக்கியப் பராமரிப்பு, இதர நாள் பட்ட நோய் உள்ளடங்கிய மருத்துவப் பரிசோதனைகளுக்காக (கர்ப்பகாலப் பராமரிப்பு, தொடர் கவணம் தேவை படும் நோய், நோய்த்தடுப்பூசி சேர்க்காமல்) எவரிடமேனும் ஆலோசனை பெற்றீர்களா? (பேட்டியெடுப்பவர் பொதுச் சுகாதார மையம், மருத்துவர் போன்றவற்றுக்கு தூண்டிக் கேட்கவும்)	Yes ஆம்	01		
		No இல்லை	02	→ 2091	
2071.	How many times did you consult someone for Medical check up in the last one year? நீங்கள் கடந்த ஒரு வருடத்தில் மருத்துவப் பரிசோதனைக்காக எத்தனை தடவைகள் மருத்துவர் எவரிடமாவது ஆலோசனை பெற்றீர்கள்?	No. of times தடவைகளின் எண்ணிக்கை			
2072.	How long ago did you mostly recently visit for general Medical check up in the last twelve months? கடந்த 12 மாதங்களில், பொதுவான மருத்துவப் பரிசோதனைக்காக எவ்வளவு காலத்திற்கு முன்பு கடைசியாக நீங்கள் சென்றீர்கள்?	Write value, circle units			
		Day நாள்	01		
		Month மாதம்	02		
		Year வருடம்	03		
2073.	I'd like to talk about your most recent visit in the last 1 year. Which type of facility did you visit, or which type of health provider did you consult? கடந்த ஒரு வருடத்தில் மிகச் சமீபத்திய விசிட் பற்றி நான் பேசுவதற்கு விரும்புகிறேன். நீங்கள் எந்த வகை வசதிக்குச் சென்றீர்கள் அல்லது நீங்கள் எந்த வகை ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரிடம் ஆலோசனை பெற்றீர்கள்?	Public Medical Sector			
		பொது மருத்துவத்துறை			
		Govt./Municipal Hospital	அரசாங்க/முனிசிபல் மருத்துவமனை	01	
		Govt. Dispensary	அரசாங்க மருந்தகம்	02	
		UHV/UHP/UFWC	யு ஹெச்வி/யு ஹெச்பி/யு எஃப்ஓபிள்யுசி	03	
		CHC/Rural Hospital/PHC	சிஹெச்சி/ கிராமப்புற மருத்துவமனை/ ஆரம்ப சுகாதார மையம்	04	
		Sub Centre	துணை மையம்	05	
		Govt. Mobile Clinic	அரசாங்க நடமாடும் கிளினிக்	06	
		Camp	முகாம் (கேம்ப்)	07	
		Anganwadi/ICDS center	அங்கன்வாடி/ஐசிடிஎஸ் சென்ட்ர்	08	
		Other Public sector health facility	மற்ற பொதுத்துறை ஆரோக்கிய வசதி	09	
		Other Government/ Public medical facility	மற்ற அரசாங்க / பொது மருத்துவ வசதி	10	
		NGO or Trust Hospital/Clinic	என்ஜிஓ அல்லது அறக்கட்டளை மருத்துவமனை/கிளினிக்	11	
		Private Medical Sector			
		தனியார் மருத்துவத்துறை			
		Private Hospital	தனியார் மருத்துவமனை	12	
		Private Doctor/Clinic	தனியார் மருத்துவர் / கிளினிக்	13	
		Private mobile clinic	தனியார் மொபைல் க்ளினிக்	14	
		Ayurvedic doctor [Vaidya/Hakim/Home opath]	ஆயுர்வேத மருத்துவர் (வைத்தியர், ஹக்கிம், ஹோமியோபதி)	15	
		Traditional Healer	பாரம்பரிய மருத்துவர்	16	
		Pharmacy/ Dispensary	ஃபார்மஸி / மருந்தகம்	17	
		Dai (TBA)	டாய் (பாரம்பரிய பிரசவம் பார்ப்பவர்)	18	
		Other private sector health facility	மற்ற தனியார் துறை ஆரோக்கிய வசதி	19	
Other	மற்றவை	20			

Q.no	Questions	Options		Codes	Skips
2074.	Was this consultation with a health provider in your own home? ஆரோக்கியப் பராமரிப்பு அளிப்பவருடனான இந்த ஆலோசனை உங்களது வீட்டில் நடந்ததா?	Yes ஆம்		01	
		No இல்லை		02	→ 2076
2075.	Where is this health provider based? இந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவர் எங்கு உள்ளார்? INVESTIGATOR: WRITE THE NAME AND PLACE OF THIS HEALTH PROVIDER’S PRIMARY LOCATION பேட்டியெடுப்பவர் - இந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரின் முதன்மையான இருப்பிடத்தின் பெயர் மற்றும் அமைவிடம் எழுதவும்	Name of Village/Town கிராமம் / ஊர் பெயர் _____			→ 2085
		Village / Town Census ID [Editing] கிராம / ஊர் சென்ஸஸ் அடையாள எண் (எட்டிட்டிங்) _____			
		Name of Taluk தாலுகா பெயர் _____			
		Taluk ID தாலுகா அடையாள எண் _____			
		District Name மாவட்டத்தின் பெயர் _____			
		District ID மாவட்டத்தின் அடையாள எண் _____			
		State Name மாநிலத்தின் பெயர் _____			
		State ID மாநிலத்தின் அடையாள எண் _____			
2076.	If not in your home, is this provider situated in this village ? உங்கள் வீட்டில் இல்லையென்றால், இந்த வசதி இந்த கிராமம் / ஊரில் உள்ளதா?	Yes ஆம்		1	
		No இல்லை		2	→ 2078
2077.	INVESTIGATOR: IF IN VILLAGE, FACILITY ID [ADD AFTER INTERVIEW] பேட்டியெடுப்பவர் - இந்த ஊரில் / கிராமத்தில் எனில், வசதியின் அடையாள எண் (பேட்டிக்கு பிறகு சேர்க்கவும்)	NAME: பெயர் _____			→ 2083
		ID			
2078.	If not in village , Where is this facility located / where did you consult this health provider? இந்த ஊரில் /கிராமத்தில் இல்லை எனில், இந்த வசதி எங்கு அமைந்திருக்கிறது அல்லது நீங்கள் இந்த ஆரோக்கிய பராமரிப்பு அளிப்பவரிடம் எங்கு ஆலோசனை பெற்றீர்கள்?	Name of Village/Town கிராமம் / ஊர் பெயர் _____			
		Village / Town Census ID [Editing] கிராம / ஊர் சென்ஸஸ் அடையாள எண் (எட்டிட்டிங்) _____			
		Name of Taluk தாலுகா பெயர் _____			
		Taluk ID தாலுகா அடையாள எண் _____			
		District Name மாவட்டத்தின் பெயர் _____			
		District ID மாவட்டத்தின் அடையாள எண் _____			
		State Name மாநிலத்தின் பெயர் _____			
		State ID மாநிலத்தின் அடையாள எண் _____			
2079.	If not in village, distance from village (km) இந்த ஊரில் /கிராமத்தில் இல்லை எனில், கிராமத்திலிருந்து தூரம் (கி.மீட்டர்)	In kms கி. மீட்டர்களில்			
2080.	If not in village, transportation cost, round trip இந்த ஊரில் /கிராமத்தில் இல்லை எனில், போக வர போக்குவரத்துச் செலவு	In Rs. ரூபாயில்			
2081.	If not in village, what was the mode of transportation? இந்த ஊரில் /கிராமத்தில் இல்லை எனில், போக்குவரத்து வழி வகை எது?	Train	ரயில்	01	
		Bus – (Govt./ Private)	பேருந்து (அரசு / தனியார்)	02	
		School / company bus	பள்ளிப் / கம்பெனி பேருந்து (பஸ்)	03	
		4-wheeler	4 சக்கர வாகனம்	04	
		Share auto/auto	ஜேர் ஆட்டோ / ஆட்டோ	05	
		2 wheeler	2 சக்கர வாகனம்	06	
		cycle rickshaw	சைக்கிள் ரிக்ஷா	07	
		cycle	சைக்கிள்	08	
		Horse cart	குதிரை வண்டி	09	
		Bullock cart	மாட்டு வண்டி	10	
		Boat / Waterways	படகு / நீர் வழியாக	11	
		foot	நடந்து செல்வது	12	
		Other mode (Specify) _____ மற்றவை (குறிப்பிடவும்)		13	

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips
2082.	If not in village, what was the travel time, one way, to this facility? இந்த ஊரில் இல்லை எனில், இந்த வசதிக்கு செல்வதற்கு அதாவது ஒரு வழிக்கு பயண நேரம் என்ன?	Hours மணி நேரங்கள் Minute நிமிடங்கள்	 	
2083.	Upon arrival, how long did you wait to be examined by a health officer? போய்ச் சேர்ந்தவுடன், நீங்கள் ஆரோக்கிய அதிகாரியால் பரிசோதிக்கப்படுவதற்கு எவ்வளவு நேரம் காத்திருந்தீர்கள்?	Hours மணி நேரங்கள் Minute நிமிடங்கள்	 	
2084.	How much time, in total, did you spend at the health facility (from arrival to the end of treatment?) நீங்கள் ஆரோக்கிய வசதியில் மொத்தத்தில் எவ்வளவு நேரம் (போய்ச் சேர்ந்ததிலிருந்து சிகிச்சையின் இறுதி வரையில்) செலவழித்தீர்கள்?	Hours மணி நேரங்கள் Minute நிமிடங்கள்	 	
2085.	Who examined you? யார் உங்களை பரிசோதித்தார்கள்? RECORD ALL PERSONS SEEN பார்க்கப்பட்ட அனைத்து நபர்களையும் பதிவு செய்யவும்	Doctor மருத்துவர் Nurse நர்ஸ் Compounder/Pharmacist கம்பவுண்டர் / ஃபார்மலிஸ்ட் ANM/LHV ஏஎன்எம்/எல்ஹெச்வி Male MPW/ Supervisor ஆண் மேற்பார்வையாளர் Lab technician/radiographer ஆய்வக டெக்னீஷியன் / ரேடியோ கிராஃபர் Clerk எழுத்தர் Anganwadi worker அங்கன்வாடி ஊழியர் Village Health Guide கிராமத்தின் ஆரோக்கிய வழிகாட்டி ASHA ஆஷா Other Public Health worker மற்ற பொதுச் சுகாதார ஊழியர் NGO worker அரசு சாரா நிறுவனத்தின் ஊழியர் Private doctor தனியார் மருத்துவர் Private Nurse தனியார் நர்ஸ் Private Compounder/Pharmacist தனியார் கம்பவுண்டர் / ஃபார்மலிஸ்ட் Vaidya/Hakim/Homeopath வைத்தியர் / ஹோமியோபதி மருத்துவர் Dai (TBA) டாய் (பாரம்பரிய பிரசவம் பார்ப்பவர்) Traditional Healer பாரம்பரிய மருத்துவர் Other private sector Health worker மற்ற தனியார் துறை ஆரோக்கிய ஊழியர் Other ministerial staff மற்ற நிர்வாக ஊழியர் Others (specify) _____ மற்றவை (குறிப்பிடவும்)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	
2086.	FOR THIS CONSULTATION: did you get _____? இந்த ஆலோசனைக்கு நீங்கள்ஐப் பெற்றீர்களா? Read out all the options and code (Multiple answers possible) அனைத்து விருப்பத் தேர்வுகள் படித்துக் காட்டி குறியிடவும் (பல பதில்கள் சொல்லலாம்)	Consultation ஆலோசனை Medication given in facility வசதியில் மருத்து தரப்பட்டது Injection ஊசி மருந்து Drip ட்ரிப் Operation/Surgery அறுவை சிகிச்சை Lab test ஆய்வகப் பரிசோதனை Other treatment மற்ற சிகிச்சை	01 02 03 04 05 06 07	

Q.no	Questions	Options	Codes	Skips
2087.	What was the total cost of treatment, including medications that may have been administered, (do not include the cost incurred for purchasing the medicines from outside) not including prescription cost? ப்ரிஸ்கிரிப்சன் செலவைச் சேர்க்காமல், தரப்பட்ட மருந்தையும் சேர்த்து சிகிச்சைக்கான மொத்த செலவு என்ன? (வெளியிலிருந்து மருந்துகளை வாங்குவதற்காக ஏற்பட்ட செலவைச் சேர்க்க வேண்டாம்)	In Rs. ரூபாயில்		
2088.	Did the Doctor also give you a prescription? மருத்துவர் உங்களுக்கு பிரிஸ்கிரிப்சனும் தந்தாரா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2091
2089.	Did you buy the medicines prescribed by the Doctor? நீங்கள் மருத்துவரால் பரிந்துரை செய்யப்பட்ட மருந்துகளை வாங்கினீர்களா?	Yes partially ஆம், பகுதியளவு	01	
		Yes, fully ஆம், முழுவதும்	02	
		No இல்லை	03	→ 2091
2090.	What was the cost to buy that (partial/entire) prescription? அந்த ப்ரிஸ்கிரிப்சனை (பகுதியளவு / முழுமையாக) வாங்குவதற்கான செலவு என்ன?	In Rs. ரூபாயில்		
			-	

AGES 0-8 COMPLETED YEARS: Details of Asthma, Rhinitis (Hay Fever), & Eczema

வயது 0–8 முடிவடைந்த வருடம் – ஆஸ்த்மா, ரைனிடிஸ்(ஹே ஜூரம்), தூசிபிளால ஏற்படும் தும்மலுடன் கூட்டிய ஜூரம், எக்ஸிமா (சொறி, சிரங்கு நோய்) ஆகியவற்றின் விவரங்கள்

Q.no	Questions	Options	Codes	Skip to
2091.	INVESTIGATOR CHECK: IS [NAME] AGE 8 OR YOUNGER? பேட்டியெடுப்பவர் சரிபார்க்கவும் - இந்த நபர் 8 வயது அல்லது அதற்கு குறைவான வயதுள்ளவரா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→2127
2092.	Has [NAME] Ever had wheezing or whistling noise in the chest at anytime in the past? கடந்த காலத்தில் எப்போதாவது (பெயர்) க்கு மூச்சத் திணறல் அல்லது மார்பில் விசில் சப்தம் போன்று ஏற்பட்டுள்ளதா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2098
2093.	Has [NAME] had wheezing or whistling noise in the chest at anytime in the last 12 months? கடந்த 12 மாதங்களில் எப்போதாவது (பெயர்) க்கு மூச்சத் திணறல் அல்லது மார்பில் விசில் சப்தம் போன்று ஏற்பட்டுள்ளதா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2098
2094.	How many attacks of wheezing has [NAME] had in the last 12 months? [Number of attacks] கடந்த 12 மாதங்களில் (பெயர்) க்கு எத்தனை முறை மூச்சத் திணறல் ஏற்பட்டுள்ளது?	Number of attacks ஏற்பட்ட தடவைகளின் எண்ணிக்கை		
2095.	In the last 12 months, on average, how many nights per week has your child’s sleep been disturbed due to wheezing? கடந்த 12 மாதங்களில் மூச்சத் திணறல் காரணமாக உங்கள் குழந்தையின் தூக்கம் சராசரியாக ஒரு வாரத்தில் எத்தனை இரவுகள் பாதிக்கப்பட்டது?	Number of Nights இரவுகளின் எண்ணிக்கை		
2096.	In the last 12 months, has the wheezing been severe enough to limit your child’s speech to only one or two words at a time between breaths? கடந்த 12 மாதங்களில் உங்கள் குழந்தையினுடைய பேச்சு மூச்சத் திணறல்களுக்கிடையே ஒன்றிரண்டு வார்த்தைகள் மட்டும் ஒரு நேரத்தில் பேசக்கூடிய அளவிற்கு மூச்சத் திணறல் கடுமையானதாக இருந்துள்ளதா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	
2097.	In the last 12 months has [NAME] Chest sounded wheezy during or after exercise or any physical activity கடந்த 12 மாதங்களில் (பெயர்) உடற்பயிற்சி அல்லது ஏதாவது செயல்களைச் செய்யும் போது அல்லது செய்தபிறகு மார்பில் படபடப்புடன் விசில் சப்தம் ஏற்பட்டுள்ளதா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	
2098.	In the last 12 months has [NAME] Had dry cough at night apart from a cough linked to a cold or chest infection? கடந்த 12 மாதங்களில் (பெயர்).க்கு ஜலதோஷத்துடன் தொடர்புள்ள இருமல் அல்லது மார்புத் தொற்றுடன் தொடர்புள்ள இருமலைத் தவிரவும் இரவில் வறட்டு இருமல் இருந்திருக்கிறதா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	
2099.	Has [NAME] ever had problems with sneezing or a runny/blocked nose, even when [NAME] did NOT have a cold or the flu? உங்கள் குழந்தைக்கு சளி அல்லது ஃப்கு இல்லாத போதும் தும்மல் அல்லது மூக்கு ஒழுகுதல்/மூக்கு அடைப்பு போன்ற பிரச்சினைகள் எப்போதாவது ஏற்பட்டுள்ளதா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→2103

Q.no	Questions	Options		Codes	Skip to
2100.	In the last 12 months has [NAME]] had sneezing, runny nose & accompanied by itchy watery eyes which is not related to a cold or the flu? கடந்த 12 மாதங்களில் (பெயர்) க்கு சளி அல்லது ஃப்டூவிற்கு சம்பந்தமில்லாமல் தும்மல், மூக்கு ஒழுகுவது கண் எரிச்சல் மற்றும் கண்களில் கண்ணீருடன் சேர்ந்து வருவது போன்று இருந்துள்ளதா?	Yes ஆம்		01	
		No இல்லை		02	→ 2103
2101.	In which of the past month/s did his nose problem occur? Multiple answers possible கடந்த காலத்தில் எந்த மாதம்/மாதங்களில் இந்த மூக்கு பிரச்சினை ஏற்பட்டது? (ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட பதில்கள் தரலாம். மாதங்களுக்கு குறியீடு கொடுத்து அட்டவணையில் குறிப்பிடவும்)	January		01	
		February		02	
		March		03	
		April		04	
		May		05	
		June		06	
		July		07	
		August		08	
		September		09	
		October		10	
		November		11	
		December		12	
2102.	In the past 12 months how much did this nose problem interfere with your child's daily activities? கடந்த 12 மாதங்களில் இந்த மூக்குப் பிரச்சினை உங்கள் குழந்தையின் அன்றாட செயல்பாடுகளில் எந்த அளவிற்கு பிரச்சினை ஏற்படுத்தியுள்ளது?	A little	சிறிதளவு	01	
		Not at all	எதுவுமில்லை	02	
		A lot	பெருமளவிற்கு	03	
2103.	Has [NAME] EVER had an itchy rash which was coming and going for at least 6 months? (பெயர்) க்கு குறைந்த பட்சம் 6 மாதங்களுக்கு அவ்வப்போது வந்து போகிற அரிப்புடன் கூடிய தடிப்பு எப்பொழுதாவது இருந்திருக்கிறதா?	Yes ஆம்		01	
		No இல்லை		02	→ 2109
2104.	At what age did this itchy rash first occur? [if LESS THAN 2 YEARS, WRITE MONTHS] எந்த வயதில் இந்த அரிப்புடன் கூடிய தடிப்பு முதலில் ஏற்பட்டது? (2வயதிற்கு முன்னால் என்றால் அரிப்பு ஏற்பட்ட வயதை மாதங்களை குறிக்கவும்)	Months. மாதங்கள்			
		Years வருடங்கள்			
2105.	Has this itchy rash at any time affected any of the following places: the folds of the elbows, behind the knees, in front of the ankles, under the buttocks, around the neck, ears, or eyes? இந்த அரிப்பு தடிப்பு பின்வரும் இடங்களை எப்பொழுதாவது பாதித்துள்ளதா? முழங்கைகளின் மடிப்பில், முட்டிகளுக்கு பின்னால், மணிக்கட்டிற்கு முன்னால், உட்காருமிடத்திற்கு கீழே, கழுத்தைச் சுற்றி, காதுகளைச் சுற்றி அல்லது கண்களைச் சுற்றி?	Yes ஆம்		01	
		No இல்லை		02	
2106.	Has [NAME] had this itchy rash at any time in the last 12 months? (பெயர்) க்கு இந்த அரிப்பு தடிப்பு கடந்த 12 மாதங்களில் எப்போதாவது வந்துள்ளதா?	Yes ஆம்		01	
		No இல்லை		02	→ 2109
2107.	Has this rash cleared completely at anytime during the last 12 months? இந்த தடிப்பு கடந்த 12 மாதங்களில் எப்பொழுதாவது முற்றிலும் குணமாகியிருக்கிறதா?	Yes ஆம்		01	
		No இல்லை		02	
2108.	In the last 12 months, on average how many nights per week, has [NAME] been kept awake at night by this itchy rash? கடந்த 12 மாதங்களில் (பெயர்) இந்த அரிப்புடன் கூடிய தடிப்பினால் சராசரியாக ஒரு வாரத்தில் எத்தனை இரவுகளில் உறங்க முடியாமல் விழித்துக் கொண்டிருந்தது?	Numbers எண்ணிக்கை			

AGES 0-5 COMPLETED YEARS: IMMUNIZATION AND DIARRHOEA

வயது 0 – 5 முடிவடைந்த வருடங்கள் - நோய் தடுப்பு மற்றும் பேதி

Q.no	Questions	Options		Codes			Skip
2109.	INVESTIGATOR: IS THIS PERSON AGES 5 YEARS OR YOUNGER? பேட்டியெடுப்பவர் - இந்த நபர் 5 வயது அல்லது அதற்கு குறைவான வயதுள்ளவரா?	Yes ஆம்		01			
		No இல்லை		02		→ 2127	
2110.	Do you have a card where [NAME] vaccinations are written down? If yes: may I see the card please? (பெயர்) தடுப்பு மருந்து போன்றன போடப்பட்டதன் விவரம் எழுதப்பட்டுள்ள ஒரு அட்டை (கார்கு) உங்களிடம் இருக்கிறதா? ஆம் எனில் அந்த அட்டையை நான் பார்க்கலாமா?	Yes, Seen card ஆம், அட்டை பார்க்கப்பட்டது		01		→ 2112	
		Yes, not seen card ஆம், ஆனால் அட்டை பார்க்கவில்லை		02			
		No card அட்டை இல்லை		03			
2111.	Did you ever have a vaccination card for [NAME]? நீங்கள் (பெயர்) க்கு எப்போதாவது நோய் தடுப்பு மருந்துகளுக்கான அட்டை வைத்திருந்தீர்களா?	Yes	ஆம்	01		→ 2114	
		No	இல்லை	02			
2112.	Copy vaccination dates for each vaccine from the card. And write 88 in the DAY column if card shows that a vaccination was given but no date is recorded. ஒவ்வொரு நோய் தடுப்பிற்கும் மருந்து போடப்பட்ட தேதிகளை அட்டையிலிருந்து குறித்துக்கொள்ளவும். அட்டையில் தடுப்பு மருந்து கொடுக்கப்பட்டதாக குறிப்பிடப்பட்டு ஆனால் தேதி குறிப்பிடப்படவில்லை எனில் 88 .ஐ கட்டத்தில் எழுதவும் IF ALL THE VACCINES FILLED IN, SKIP TO 2122 எல்லா தடுப்பு மருந்துகளும் பூர்த்தி செய்யப்பட்டிருந்தால், 2122 க்குச் செல்லவும்			DD	MM	YYYY	
		BCG பிசிஜி					
		Polio 0 போலியோ 0					
		DPT 1 டிபிடி 1					
		DPT 2 டிபிடி 2					
		DPT 3 டிபிடி 3					
		Polio 1 போலியோ 1					
		Polio 2 போலியோ 2					
		Polio 3 போலியோ 3					
		Measles தட்டம்மை தடுப்பூசி					
2113.	Has [NAME]Received vaccinations that are not recorded on this card? Record Yes only if respondent mentions BCG, DPT 1-3, Polio 0-3 and /or measles vaccine. இந்த கார்டில் பதிவு செய்யப்படாத தடுப்பு மருந்துகளை (பெயர்) க்கு போடப்பட்டிருக்கிறதா? (பேட்டி அளிப்பவர் BCG, DPT 1-3, Polio 0-3 மற்றும்/ அல்லது தட்டம்மை மருந்து குறிப்பிட்டால் மட்டும் ஆம் என்று பதிவு செய்யவும்) Instruction: If Yes (probe for vaccinations and write - 99 in the corresponding DAY column in Q. 2112 and skip to Question no. 2122), வழிகாட்டும் குறிப்பு - ஆம் எனில் (தடுப்பு மருந்துகளை விளக்கமாகக் கேட்டு கேள்வி 2112-ல் பொருத்தமான நாள் காலத்தில் 99 எழுதவும். அடுத்து கேள்வி எண் 2122க்கு போகவும்)	Yes ஆம்		01		Follow instructio n to left	
		No இல்லை		02		→ 2122	
IF NO CARD AVAILABLE, ASK கார்ட் கிடைக்கவில்லை என்றால், கேட்கவும்							
2114.	Did [NAME] Ever received any vaccinations to prevent him/her from getting diseases? நோய்களில் இருந்து அவரை பாதுகாத்துக் கொள்வதற்காக (பெயர்)....க்கு எப்போதாவது தடுப்பு மருந்துகள் ஏதாவது போடப்பட்டிருக்கிறதா?	Yes ஆம்		01			
		No இல்லை		02		→ 2123	
	Please tell me if [NAME] Has received any of the following vaccinations: (பெயர்)..... க்கு பின்வரும் தடுப்பு மருந்துகள் ஏதாவது போடப்பட்டிருக்கிறதா என்பதைச் சொல்லுங்கள்						
2115.	A BCG Vaccination against tuberculosis, that is, an injection in the arm that caused a scar? காச நோயிலிருந்து தடுப்பதற்கு போடப்படும் BCG தடுப்பு ஊசி, கையில் தழும்பு ஏற்படுத்தக்கூடிய ஒரு ஊசி?	Yes ஆம்		01			
		No இல்லை		02			
2116.	A DPT vaccination against diphtheria, whooping cough, and tetanus given as an injection? டிப்தீரியா, (தொண்டை அடைப்பான் நோய்) தொடர்ச்சியான இரும்பல் மற்றும் டெட்டனஸ்க்கு (ஜன்னிக்கு) எதிராக ஊசி மருந்தாக போடப்படும் டிபிடி தடுப்பு மருந்து?	Yes ஆம்		01			
		No இல்லை		02		→ 2118	
2117.	How many times (write number of times) எத்தனை முறைகள்? (எண்ணிக்கையை குறிப்பிடவும்)	No. of times எண்ணிக்கையை குறிப்பிடவும்)					
2118.	Polio Vaccine, that is drops in the mouth? வாயில் கொடுக்கப்படும் போலியோ சொட்டு மருந்துகள்?	Yes ஆம்		01			
		No இல்லை		02		→ 2121	

Q.no	Questions	Options	Codes	Skip
2119.	How many times (write number of times) எத்தனை முறைகள்? (எண்ணிக்கையை குறிப்பிடவும்)	No. of times எண்ணிக்கையை குறிப்பிடவும்)		
2120.	When was the first polio vaccine given - just after birth or later? போலியோ சொட்டு மருந்து முதலில் எப்போது கொடுக்கப்பட்டது? - குழந்தை பிறந்த உடனடியா அல்லது பின்னரா?	Just after birth பிறந்தவுடன்	01	
		Later பின்னர்	02	
2121.	An injection against Measles? தட்டம்மை தடுப்பு ஊசி?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	
2122.	Where did [NAME] Receive most of [NAME] vaccinations? (பெயர்) பெரும்பாலான தடுப்பு மருந்துகளை எங்கே போட்டுக் கொண்டார்? SINGLE CODE ஒரே ஒரு கோட்	PHC/CHC/Rural Hospital ஆரம்ப சுகாதார நிலையம் / சிஹெச்சி/ கிராம மருத்துவ மனை	01	
		Govt. Municipal Hospital அரசாங்க முனிசிபல் மருத்துவ மனை	02	
		Govt. Dispensary அரசாங்க மருந்தகம்	03	
		Sub-centers துணை மருத்துவ மையங்கள்	04	
		Govt. Mobile clinic அரசாங்க நடமாடும் கிளினிக்குகள்	05	
		Camp முகாம்கள்	06	
		Pulse polio location பல்ஸ் போலியோ போடப்பட்ட இடம்	07	
		School / Anganwadi பள்ளிக்கூடம்/அங்கன்வாடி	08	
		Pvt. Hospital/clinic தனியார் மருத்துவ மனை/ கிளினிக்	09	
		Pvt. Doctor தனியார் டாக்டர்	10	
		Pvt. Mobile Clinic தனியார் நடமாடும் கிளினிக்	11	
		Vaidhya/hakim/homeopathy வைத்தியர்/ஹக்கிம்/ஹோமியோபதி	12	
		Pharmacy/drug store பார்மசி/ மருந்துகடை	13	
		Other (Specify) மற்றவை (குறிப்பிடவும்)	14	
2123.	Has [NAME] suffered from diarrhea over the past 7 days? கடந்த 7 நாட்களில்; (பெயர்) வயிற்றுப்போக்கினால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளாரா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2127
2124.	Did you give anything to treat the diarrhoea வயிற்றுப்போக்கை குணப்படுத்த நீங்கள் ஏதாவது கொடுத்தீர்களா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	

Q.no	Questions	Options	Codes	Skip
2125.	How did you treat it? நீங்கள் அதற்கு எப்படி சிகிச்சை அளித்தீர்கள்? Multiple coding possible பல பதில்கள் வரலாம்	Pill or syrup antibiotic மாத்திரை அல்லது ஆன்ட்டிபயாடிக் சிரப்	01	
		Pill or Syrup Antimotility தீவிர வயிற்றுப்போக்கை கட்டுப்படுத்தும் மாத்திரை அல்லது சிரப் (ஆன்ட்டிமொட்லிட்டி)	02	
		Zinc ஜிங்க் (துத்தநாகம்)	03	
		Other (not anti-biotic, antimotility, or Zinc) மற்றவை (ஆன்ட்டிபயாடிக், தீவிர வயிற்றுப்போக்கை கட்டுப்படுத்தும் மருந்து (ஆன்ட்டிமொட்லிட்டி) அல்லது ஜிங்க் (துத்தநாகம்) அல்லாமல்)	04	
		Unknown Pill OR syrup பெயர் தெரியாத மாத்திரை அல்லது சிரப்	05	
		Injection Antibiotic ஆன்ட்டிபயாடிக் ஊசி	06	
		Injection Non – Antibiotic ஆன்ட்டிபயாடிக் அல்லாத ஊசி	07	
		Unknown Injection பெயர் தெரியாத ஊசி	08	
		Intravenous (IV) சிறு நரம்பினுள் செலுத்தப்படும் மருந்து	09	
		Home remedy / Herbal medicine வீட்டு மருந்து / மூலிகை மருந்து	10	
		ORS சர்க்கரை உப்பு கரைசல்	11	
		Reduced food or liquid given to child குழந்தைக்கு கொடுக்கும் உணவு அல்லது நீர்த்த உணவு குறைக்கப்பட்டது	12	
		Gave special food to child இதற்கென சிறப்பு உணவை குழந்தைக்கு கொடுத்தேன்	13	
		Other (specify)_____ மற்றவை (குறிப்பிடவும்)	14	
		No treatment சிகிச்சை எதுவும் தரவில்லை	15	
2126.	Did you consult any health practitioner for treatment? சிகிச்சைக்காக நீங்கள் மருத்துவர்கள் யாரையாவது ஆலோசித்தீர்களா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	

AGE 14 COMPLETED YEARS AND OLDER: TOBACCO AND ALCOHOL USE

Now I would like to ask whether you have had the habit of chewing tobacco, paan or supari, smoking cigarettes or bidis, NOW OR IN THE PAST.

14 வயது முடிந்த மற்றும் அதற்கதிகமான வயதுள்ளவர்கள் - புகையிலை மற்றும் மது உபயோகம் சம்பந்தமாக உங்களுக்கு தற்சமயம் அல்லது முன்பு, புகையிலை, வெற்றிலை அல்லது சுபாரி மெல்லும், சிகரெட் அல்லது பீடிகள் புகைக்கும் பழக்கம் உள்ளதா எனக் கேட்பதற்கு நான் விரும்புகிறேன்,

Q .no	Questions	Options	Code	Skip
2127.	INVESTIGATOR: IS THIS PERSON AGE 14 YEARS OR OLDER? பேட்டியெடுப்பவர் - இந்த நபர் 14 வயது அல்லது அதற்கதிகமான வயதுள்ளவரா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ SECTION 7
2128.	Do [NAME] CURRENTLY have the habit of smoking at least 1 cigarette or bidi or using at least any other tobacco or paan product on a daily basis? (பெயர்) தற்சமயம் குறைந்த பட்சம் 1 சிகரெட் அல்லது பீடி புகைக்கும் பழக்கம் அல்லது குறைந்தபட்சம் மற்ற ஏதேனும் புகையிலை அல்லது வெற்றிலை பொருளை தினசரி பயன்படுத்தும் பழக்கம் உள்ளதா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2131
2129.	If yes, what do [NAME] currently use? [ANSWER MAY BE MORE THAN ONE] ஆம் எனில், (பெயர்) தற்சமயம் என்ன பயன்படுத்துகிறீர்கள் (ஒன்றுக்கும் அதிகமான பதில்கள் இருக்கலாம்)	Chewing tobacco / புகையிலை மெல்லுவது	01	
		Chewing paan வெற்றிலை மெல்லுவது	02	
		Smoking cigarettes சிகரெட் புகைப்பது	03	
		Smoking bidis பீடிகள் புகைப்பது	04	
2130.	How much do [NAME] use per day? (பெயர்) ஒரு நாளைக்கு எவ்வளவு பயன்படுத்துகிறீர்கள்? [WRITE IN EXACT AMOUNT – FOR EXAMPLE, 3 CIGARETTES AND 2 PAAN] சரியான அளவு எழுதவும் - உதாரணமாக, 3 சிகரெட்கள் மற்றும் 2 பான்)	No of times tobacco Chewing per day ஒரு நாளுக்கு மெல்லும் புகையிலையின் எண்ணிக்கை		→ 2135
		No of times pan Chewing per day ஒரு நாளுக்கு மெல்லும் வெற்றிலையின் எண்ணிக்கை		
		No of cigarettes Smoking per day ஒரு நாளுக்கு புகைக்கும் சிகரெட்டின் எண்ணிக்கை		
		No of bidis Smoking per day ஒரு நாளுக்கு புகைக்கும் பீடிகளின் எண்ணிக்கை		
		Others (Specify) மற்றவை (குறிப்பிடவும்)		
2131.	Have [NAME] EVER had the habit of smoking at least 1 cigarette or bidi or using at least any other tobacco or paan product on a daily basis? (பெயர்) எப்பொழுதாவது தினசரி குறைந்த பட்சம் 1 சிகரெட் அல்லது பீடி புகைக்கும் பழக்கம் அல்லது குறைந்தபட்சம் மற்ற ஏதேனும் புகையிலை அல்லது வெற்றிலை பொருள் பயன்படுத்தும் பழக்கம் இருந்திருக்கிறதா?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ 2136
2132.	What did [NAME] PREVIOUSLY use? (பெயர்) முன்னதாக என்ன பயன்படுத்தினீர்கள்? [ANSWER MAY BE MORE THAN ONE] (ஒன்றுக்கும் அதிகமான பதில்கள் இருக்கலாம்)	Chewing tobacco / புகையிலை மெல்லுவது	01	
		Chewing paan வெற்றிலை மெல்லுவது	02	
		Smoking cigarettes சிகரெட் புகைப்பது	03	
		Smoking bidis பீடிகள் புகைப்பது	04	

Q .no	Questions	Options	Code	Skip
2133.	BEFORE QUITTING, How much did [NAME] use per day? பழக்கத்தை நிறுத்துவதற்கு முன்பு(பெயர்) ஒரு நாளைக்கு எத்தனை பயன்படுத்தினீர்கள்? [WRITE IN EXACT AMOUNT – FOR EXAMPLE, 3 CIGARETTES AND 2 PAAN] சரியான அளவு எழுதவும் - உதாரணமாக, 3 சிகரெட்கள் மற்றும் 2 பான்)	No of times tobacco Chewed per day ஒரு நாளுக்கு மென்ற புகையிலையின் எண்ணிக்கை		
		No of times pan Chewed per day ஒரு நாளுக்கு மென்ற வெற்றிலையின் எண்ணிக்கை		
		No of cigarettes Smoked per day ஒரு நாளுக்கு புகைத்த சிகரெட்டின் எண்ணிக்கை		
		No of bidis Smoked per day ஒரு நாளுக்கு புகைத்த பீடிகளின் எண்ணிக்கை		
		Others (Specify) மற்றவை (குறிப்பிடவும்)		
2134.	How long have [NAME] totally quit from using all cigarettes, bidis, paan, or other tobacco products? (பெயர்) சிகரெட்கள், பீடிகள், பான் அல்லது மற்ற புகையிலைப் பொருட்களைப் பயன்படுத்துவதை முழுவதுமாக நிறுத்தி எவ்வளவு காலம் ஆகிறது?	Value மதிப்பு		
		Years வருடங்கள்	01	
		Months மாதங்கள்	02	
		Weeks வாரங்கள்	03	
2135.	At what age did [NAME] start to use tobacco products on a regular basis? (பெயர்) எந்த வயதில் புகையிலை பொருட்களை தொடர்ந்து பயன்படுத்த ஆரம்பித்தீர்கள்?	Years வருடங்கள்		
2136.	In the past one year, have [NAME] ever consumed alcohol or toddy (including for festivals or just with guests)? கடந்த ஒரு வருடத்தில் (பெயர்) எப்பொழுதாவது மது அல்லது கள் குடித்திருக்கிறீர்களா (பண்டிகைகள் அல்லது விருந்தினர்களுடனும் சேர்ந்து குடித்ததையும் சேர்த்து) ?	Yes ஆம்	01	
		No இல்லை	02	→ SECTION 3
2137.	How often do [NAME] consume alcoholic beverages? (பெயர்) எவ்வளவு அடிக்கடி மது பானங்களைப் குடிக்கிறீர்கள்? [WRITE VALUE AND CIRCLE APPROPRIATE REFERENCE PERIOD] (மதிப்பு எழுதி பொருத்தமான கால அளவு வட்டமிடவும்)	Value / Unit மதிப்பு		
		Per Week வாரத்திற்கு	01	
		Per month மாதத்திற்கு	02	
		Per year வருடத்திற்கு	03	