

अर्भक व शिशू मृत्यु ऑडिट

तोंडी ऑटोप्सी प्रश्नावली.

मुलाखत घेणाऱ्यांसाठी सूचना: सर्व शिशू मृत्युसाठी ही प्रश्नावली वापरावी.

भाग - १ पूर्व स्थितीबाबत उपलब्ध माहिती (मुलाखती पूर्वी पर्यवेक्षकांने पूर्ण करावी)

| | | |
|------|---|---|
| १.१ | मृत शिशूचे नाव | |
| १.२ | शिशूचे लिंग | १ पुरुष २ स्त्री <input type="checkbox"/> |
| १.३ | शिशूचा जन्म केंव्हा झाला होता ? | _____ (दिवस/ महिना / वर्ष) |
| १.४ | शिशूचा नेहमीचा निवास पत्ता | _____/_____/_____ (गाव / तालुका/ जिल्हा / राज्य) |
| १.५ | गंभीर आजारी असताना ती / तो कुठे होता ? | १) स्वतःच्या घरी २) नातेवाईकाकडे. ३) आरोग्य केंद्रात ४) इतर ठिकाण (उल्लेखित करा.....) ८) माहित नाही. <input type="checkbox"/> |
| १.६ | गंभीर आजार असताना राहत असलेल्या ठिकाणचा पत्ता शिशूला ओळखण्यासाठीची ही मूलभूत खूण आहे. # | _____/_____/_____ (गाव / तालुका/ जिल्हा / राज्य) |
| १.७ | गंभीर आजाराचे वेळी राहत असलेले ठिकाण कोणाचे, त्या व्यक्तीचे नाव व शिशूशी असलेले नाते | १) वडील २) आजोबा ३) नातेवाईकाच घर ४) इतर (उल्लेख करा.....) ८) माहित नाही <input type="checkbox"/> |
| १.८ | शिशूच्या मृत्युची तारीख | _____/_____/_____ (दिसव / महिना/ वर्ष) |
| १.९ | मृत्युचे वेळी शिशूचे वय | |
| १.१० | मृत्युच्या वर्दी दिल्याची तारीख | _____/_____/_____ (दिसव / महिना/ वर्ष) |
| १.११ | माहिती देणा-याचे नाव | १) ए.एन.एम. २) अंगणवाडी सेविका ३) आशा ४) वैद्यकीय अधिकारी प्रा. आ. केंद्र ५) इतर (उल्लेख करा) ८) माहित नाही <input type="checkbox"/> |

भाग - २ मुलाखत घेणा-या बाबत माहिती.

| | | | |
|-----|----------------------|-----|---------------------|
| २.१ | मुलाखत घेणा-याचे नाव | २.२ | मुलाखत घेणा-याचे पद |
|-----|----------------------|-----|---------------------|

| | | | | | |
|-----|-----------------------|---|-----|--------------------------|--|
| २.३ | प्रथम मुलाखतीची तारीख | ____/____/____ (दिसव / महिना/ वर्ष) | २.४ | शेवटच्या मुलाखतीची तारीख | ____/____/____/ (दिसव / महिना/ वर्ष) |
|-----|-----------------------|---|-----|--------------------------|--|

भाग - ३ उत्तर देणा-या कुटुंब पार्श्वभूमिबाबत माहिती.

| | | | |
|--------------|---|---|--|
| उत्तर देणारे | मुत शिशूशी नाते (आई, वडिल, काका, काकू, आजी, आजोवा व इतर उल्लेख करा) | शिशूच्या आजाराच्या वेळी तुम्ही त्याच्या जवळ होता का ? | शिशूच मृत्युच्या वेळी तुम्ही तिथे होता का ? |
| ३.१ | | | |
| ३.२ | | | |
| ३.३ | | | |
| ३.४ | मृत्युच्या वेळी शिशूचे वय | १. ० - २ महिने २. >२ महिने - ५ वर्षे ८ माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर १ भाग द्यावा जर २ किंवा ८ भाग ५ द्यावा |
| ३.५ | शिशूचा मृत्यु कोठे झाला ? | १) घरी २) वैद्यकीय महाविलय रुग्णालय ३. जिल्हा उपजिल्हा रुग्णालय ४) प्रा.आ.केंद्र / ग्रामीण रुग्णालय ५) इतर जागा ६) खाजगी दवाखाना /क्लिनिक ७) इतर (उल्लेखित करा) ८) माहित नाही | <input type="checkbox"/> |

भाग - ४ कुटुंब बदल माहिती : वाचा - मी आता कुटुंबाबद्दल प्रश्न विचारणार आहे.

| | | |
|-----|---|---|
| ४.१ | मातेने शाळेचे किती वर्ष शिक्षण घेतले ? |वर्ष (< १=००, डी.के. = ८८) |
| ४.२ | वडिलांना शाळेचे किती वर्ष शिक्षण घेतले ? |वर्ष (< १=००, डी.के. = ८८) |
| ४.३ | पालकांचा विवाह नातेसंबंधातला होता का ? (वाचून दाखवा) | १) होय २) नाही ३) माहित नाही <input type="checkbox"/> |
| ४.४ | वडीलांचा व्यवसाय ? (वाचून दाखवा) | १) घरकाम २) नोकरी ३) मजूर ४) बेकार ५) स्वतःच्या जमिनीवर काम ६) इतर (उल्लेख करा) ८) माहित नाही <input type="checkbox"/> |
| ४.५ | वडिलांचा व्यवसाय ? (वाचून दाखवा) | १) नोकरी २) मजूर ३) बेकार ४) स्वतःच्या जमिनीवर ५) इतर (उल्लेख करा) ८) माहित नाही. <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------|---|--|--|
| ४.६ | कुटुंबाचा धर्म ? | १) हिंदू २) मुस्लिम ३) ख्रिश्चन ४) इतर ८) माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ४.७ | कुटुंबाची जात? | १) हरिजन २) एस टी ३) इतर ४) माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ४.८ | कुटुंबाचा स्वतःचा संडास आहे का? | १) होय २) नाही ८) माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ४.९ | घरात वीज आहे का? | १) होय २) नाही ८) माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ४.१० | कुटुंबाकडे बीपीएल कार्ड आहे का? | १) होय २) नाही ८) माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ४.११ | बीपीएल कार्डचे फायदे त्यांना माहित आहेत का ? | १) होय २) नाही ८) माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर रकिंवा ८ असतील तर ५ |
| ४.११.१ | बीपीएल कार्डचे फायदे कृपया मला सांगा ? आणखी काही असे विचारा (एका पेक्षा जास्त उत्तरे मान्य, दिलेली उत्तरे तपासा) | १. कमी दराने शिधा २. केरोसीन ३. निवास स्थान ४. आरोग्य सेवा ५. संदर्भ सेवेसाठी वाहन ६. इतर | १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> |

भाग - ५ शिशू ० ते २ महिन्यांसाठी

वाचून दाखवा : मला तुम्हाला माते विषयी व शिशूच्या जन्मा वेळीच्या किंवा नंतरत दिसलेल्या चिन्हांबाबत काही प्रश्न विचारायचे आहेत, यापैकी काही प्रश्नांचा शिशूच्या मृत्युशी थेट संबंध नसेल कृपया मला सहकार्य करा व सर्व प्रश्नांची इतरे द्या त्यामुळे शिशूच्या मृत्युच्या वेळी कोणती लक्षणे होती याचे चित्र स्पष्ट करा.

गरोदर पणाबाबत माहिती.

| | | |
|-------|---|---|
| ५.१ | शिशूच्या मृत्युच्या वेळी मातेचे वय काय होते ? | वर्षे (डी.के. = ८८) |
| ५.२ | आता मातेची प्रकृती कशी आहे? | १) निरोगी २) आजारी ३) जिवंत नाही ८) माहित नाही |
| ५.२.१ | जर आजारी किंवा जिवंत नसेल तर तिच्या बाबत सविस्तर लिहा ? | |
| | | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ५.३ कडे जा |

| ५.३ | गरोदरपणाबाबत मातेने काही औषधोपचार घेतले का ? (अमराकर व टी टी सोडून) | १. होय २. नाही. ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|--|---|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ५.३.१ | होय असल्यास तपशिल द्या | (तपशिल) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.३.२ | मातेला धुम्रपान मद्यपान किंवा तंबाखू खाण्याची सवय आहे का ? | १. धुम्रपान २. मपान ३. तंबाखू. ४. इतर (उल्लेख करा.....) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>होय</th> <th>नाही</th> <th>डीके</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>१.०</td> <td>१.०</td> <td>१.०</td> </tr> <tr> <td>२.०</td> <td>२.०</td> <td>२.०</td> </tr> <tr> <td>३.०</td> <td>३.०</td> <td>३.०</td> </tr> <tr> <td>४. (.....)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | होय | नाही | डीके | १.० | १.० | १.० | २.० | २.० | २.० | ३.० | ३.० | ३.० | ४. (.....) | | | | | | | | | | | | | | |
| होय | नाही | डीके | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| १.० | १.० | १.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| २.० | २.० | २.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ३.० | ३.० | ३.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ४. (.....) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.४ | या शिशूपूर्वी मातेने किती बाळांना जन्म, उपजत मृत्यु होते ? | (डी.के. = ८८) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.४.१ | या शिशु पूर्वी मातेने किती जिवंत बाळांना जन्म दिला ? | (डी.के. = ८८) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.४.२ | या शिशूपूर्वी आणखी कोणत्या बाळाचा मृत्यु झाला का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ५.३.३ कडे जा. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.४.२ अ | होय असल्यास मृत्युची कारणे द्या. | (तपशिल) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.४.३ | या शिशूचा क्रमांक कितवा आहे ? | (डी.के. = ८८) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.४.३ अ | पूर्वीच्या व या शिशु पूर्वीच्या गरोदर पणा मध्ये २ वर्षा पेक्षा जास्त अंतर आहे का ? | (डी.के. = ८८) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.५ | सद्याचे गरोदरपण किती महिन्यांचे होते ? | आठवडे | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.६ | डल्लेखित आजारा पैकी तिला गरोदर पणात आजार असल्यास परिचारिका किंवा डॉक्टरने तिला सांगितले होते का ? | १. रक्तक्षय..... २. हृदयरोग..... ३. मधुमेह..... ४. कर्करोग..... ५. उच्चरक्त दाब..... ६. क्षयरोग..... ७. आकडी येणे..... ८. इतर (उल्लेख करा.....) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>होय</th> <th>नाही</th> <th>डीके</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>१.०</td> <td>१.०</td> <td>१.०</td> </tr> <tr> <td>२.०</td> <td>२.०</td> <td>२.०</td> </tr> <tr> <td>३.०</td> <td>३.०</td> <td>३.०</td> </tr> <tr> <td>४.०</td> <td>४.०</td> <td>४.०</td> </tr> <tr> <td>५.०</td> <td>५.०</td> <td>५.०</td> </tr> <tr> <td>६.०</td> <td>६.०</td> <td>६.०</td> </tr> <tr> <td>७.०</td> <td>७.०</td> <td>७.०</td> </tr> <tr> <td>८.०</td> <td>८.०</td> <td>८.०</td> </tr> </tbody> </table> | होय | नाही | डीके | १.० | १.० | १.० | २.० | २.० | २.० | ३.० | ३.० | ३.० | ४.० | ४.० | ४.० | ५.० | ५.० | ५.० | ६.० | ६.० | ६.० | ७.० | ७.० | ७.० | ८.० | ८.० | ८.० |
| होय | नाही | डीके | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| १.० | १.० | १.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| २.० | २.० | २.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ३.० | ३.० | ३.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ४.० | ४.० | ४.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.० | ५.० | ५.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ६.० | ६.० | ६.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ७.० | ७.० | ७.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ८.० | ८.० | ८.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.७ | गरोदरपणाच्या शेवटच्या ३ महिन्यात मातेचा तक्रारी होत्या का ? (यादी हळू वाचून दाखवा व उत्तरांची नोंद करा) | १. योनितून रक्तस्राव २. योनितून घान उदावासाचा रक्तस्राव ३. चेह-यावर सूज ४. डोके दुःखी ५. अंधूक दिसणे ६. आकडी येणे ७. ताप ८. प्रसूती कळा शिवाय तिव्र | <table border="1"> <thead> <tr> <th>होय</th> <th>नाही</th> <th>डीके</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>१.०</td> <td>१.०</td> <td>१.०</td> </tr> <tr> <td>२.०</td> <td>२.०</td> <td>२.०</td> </tr> <tr> <td>३.०</td> <td>३.०</td> <td>३.०</td> </tr> <tr> <td>४.०</td> <td>४.०</td> <td>४.०</td> </tr> <tr> <td>५.०</td> <td>५.०</td> <td>५.०</td> </tr> <tr> <td>६.०</td> <td>६.०</td> <td>६.०</td> </tr> <tr> <td>७.०</td> <td>७.०</td> <td>७.०</td> </tr> <tr> <td>८.०</td> <td>८.०</td> <td>८.०</td> </tr> </tbody> </table> | होय | नाही | डीके | १.० | १.० | १.० | २.० | २.० | २.० | ३.० | ३.० | ३.० | ४.० | ४.० | ४.० | ५.० | ५.० | ५.० | ६.० | ६.० | ६.० | ७.० | ७.० | ७.० | ८.० | ८.० | ८.० |
| होय | नाही | डीके | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| १.० | १.० | १.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| २.० | २.० | २.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ३.० | ३.० | ३.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ४.० | ४.० | ४.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ५.० | ५.० | ५.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ६.० | ६.० | ६.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ७.० | ७.० | ७.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ८.० | ८.० | ८.० | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| | | पोटात दुखणे १. फिकटपणा व धाप लागणे १०. इतर (उल्लेख करा.....) | ९.० ९.० ९.० १०.० १०.० १०. ० |
| ५.८ | हे मूल एकटेच होते की आणखी मुलापैकी होते ? | १. एकटेच २. जुळे ३. तिळे किंवा जास्त ८. इतर उल्लेख करा | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २, प्र.५.९ कडे जा |
| ५.८.१ | जर एका पेक्षा जास्त होती तर याचा क्रमांक कितवा होता ? | १. प्रथम २. दुसरा ३. तिसरा किंवा त्यापुढे ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.९ | मातेने गरोदर पणात परिचारिका, डॉक्टर कडून उपचार घेतले का ? | १. होय. २. नाही ३. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ प्रश्न ५.९.२ कडे जा. |
| ५.९.१ | होय असल्यास विचारा - तिने परिचारिका डॉक्टर यांचे कडून किती वेळा तपासण करुन घेतली ? | १. < तीन वेळा २. ३ - ५ वेळा ३. > ५ वेळा | (डी.के. = ८८) |
| ५.९.२ | गरोदरपणातील वजनात वाढ किती होती ? (उत्तर १५ किंवा इतर रेकॉर्ड तपासा) | १. < १ किग्रॅ. २. < ११ किग्रॅ. ३. < ११ किग्रॅ. ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.१० | मातेच्या गर्भाची हालचाल जाणवली की (> = २० आठवडे गरोदरपण) | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> उत्तर २,८ असेल तर प्रश्न ५.११ कडे जा |
| ५.१०.१ | होय, असल्यास विचारा हालचाल केंव्हा जाणवली (आठवड्यात सांगायला लावा) | | आठवडे (डी.के. = ८८) |
| ५.११ | मातेने किती आय.एफ.ए गोळ्या खाल्ल्या ? | १. ११ पेक्षा कमी २. १०० ८. माहित नाही. | <input type="checkbox"/> |
| ५.१२ | गरोदर पणात टी.टी. इंजेक्शन घेतले का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.१२.१ | होय असल्यास तपशिल द्या | | |
| प्रसूती विषयी माहिती | | | |
| ५.१३ | प्रसूती किती काळापर्यंत लांबली ? | १. १ ते २ तासापेक्षा कमी २. १ ते २ तासापेक्षा जास्त ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.१४ | प्रसूती वेळी किंवा नंतर लगेच ताप आला का ? | १. होय २. नाही | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------|---|---|--|
| | | ८. माहित नाही | |
| ५.१५ | गर्भधारणेला घाणेरडा त्रास होतो का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.१६ | गर्भाजवळचा रंग हिरवा होतो का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.१७ | गर्भआवरण फुटल्यानंतर किती तासाने बाळाचा जन्म झाला ? | १. १२ तासा पेक्षा की २. १२ तास किंवा जास्त ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर १ तर प्रश्न ५.१८ कडे जा |
| ५.१७.१ | जर उत्तर २ किंवा ८ असेल तर विचारा गर्भ आवरण फुटण्यासाठी मातेला काही औषधे दिले होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.१७.२ | जर , होय तपशिल द्या | (तपशिल) | |
| ५.१८ | प्रसूती कोणी केली (उत्तरा मध्ये जी व्यक्ती जास्त दर्जाची असेल तिची नोंद करा. | १. प्रसूती तज्ञ २. सर्वसाधारण वैद्यकिय व्यवसायिक ३. नर्स ४. परिचारिका ५. प्रशिक्षित दायी ६. नातेवाईक / मित्र ७. स्वतः ८. माहित नाही ९. वैद्य १०. इतर (उल्लेख करा.....) | <input type="checkbox"/> |
| ५.१८.१ | प्रसूती कुठे झाली ? | १. घरी २. शासकिय दवाखाना ३. खाजगी ४. इतर (उल्लेख करा.....) ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.१९ | प्रसूती कशी झाली / केली गेली ? | १. उत्सुर्त योनी मार्गे (औषधे नाही) २. मान्त्रिकपणे (बाहेरील जोर देऊन) ३. औषधांचा वापर ४. इतर उल्लेख करा ८ माहित नाही. | <input type="checkbox"/> |
| ५.२० | बाळाचा कोणता भाग प्रथम बाहेर आला ? | १. डोके २. पाय ३. हात. ४. नाळ ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.२१ | प्रसूती कळा सुरु झाल्या दिवशी जास्त रक्त स्राव झाला का ? | १. होय २. नाही | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------------------------------|--|---|---|
| | | ८. माहित नाही | |
| जन्मानंतर बाळाची आवस्था | | | |
| ५.२२ | जन्मावेळी बाळाचे आकारमान कसे होते ? | १. स्वभाविक पेक्षा कमी २. स्वभाविक पेक्षा मोठे. ८. माहित नाही. | <input type="checkbox"/> |
| ५.२३ | बाळाचे जन्म व वजन किती होते ? (पहिल्या ७ दिवसात) | १.> २५०० ग्रॅम २.< २५०० - २००० ग्रॅम ३.< २००० - १५०० ग्रॅम ४.< १५०० ग्रॅम ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.२४ | बाळ अपून्या दिवसाचे होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर १, प्रश्न ५.२५ कडे जा |
| ५.२४.१ | हो असल्यास गरोदरपणाचा कालावधी (आठवडे) लिहा ? | १. < २८ आठवडे २. < ३२ आठवडे ३. > ३२- ३७ आठवडे | <input type="checkbox"/> |
| ५.२५ | जन्मतः बाळाचा रंग कसा होता ? | १. स्वभाविक २. पिकट पिवळसर ३. निळसर ८. माहित नाही. | <input type="checkbox"/> |
| ५.२६ | बाळ जन्मतः थेडे तरी रडले का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.२७ | श्वास घ्यायला बाळाला थोडी तरी मदत करावी लागली का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.२८ | बाळाने थोडीतरी हातपायाची हालचाल केली का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.२९ | रडणे नाही, हालचाल नाही, बाळ मृत जन्मले का ? (स्टील बर्थ) | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर १ मुलाखत थांबवा |
| ५.३० | इजा झाल्याच्या, हाड मोडल्याच्या खुणा होत्या का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ५.३१ कडे जा |
| ५.३०.१ | इजा झाल्याच्या खुणा कोठे होत्या ? | (तपशिल) | |
| ५.३१ | हातपाय लुळे पडल्याची चिन्हे होती का? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-------------------------------|---|--|---|
| ५.३२ | बाळाला जन्मतः व्यंग होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.३२.१ | कोणत्या प्रकारचे व्यंग होते ? (वाचून दाखवा) | १. सूज /व्यंग पाठीवर २. फार मोठे डोके ३. फर लहान डोके ४. ओठ किंवा टाळ्यात व्यंग ५. इतर व्यंग (उल्लेख करा | <input type="checkbox"/> |
| ५.३३ | जन्मानंतर किती तासात बाळाला अंधोळ घातली ? | १. < एक दिवस २. > १ ते सात दिवसात ३. > सात दिवसात ४. अंधोळ नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.३४ | नाळ बांधण्यासाठी काय वापरले ? | १. घरातला धगा २. सुई दोरा ३. कॉर्ड कॉम्प ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.३४.१ | नाळ कापण्यासाठी काय वापरले ? | १.घरातला लेझर ब्लेड २. नविन लेझर ब्लेड ३. घरातील चाकू ४. सर्जिकल ब्लेड ७. इतर उपकरण ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.३४.२ | नाळेच्या जागी काही लावले का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.३४.३ | जर हो तर काम चालवा ? | (तपशिल) | |
| नवजात शिशू आजार इतिहास | | | |
| ५.३५ | बाळाला स्तनपान दिले होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ५.३६. कडे जा |
| ५.३५.१ | जर हो तन्मानंतर किती वेळाने बाळाला किती वेळाने चोखायला सुरुवात केली ? |मिनिटेतासदिवस | |
| ५.३५.२ | बाळाला निव्वळ स्तनपान मिळाले का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर १ प्रश्न ५.३७ कडे जा |
| ५.३६ | जर उत्तर २ किंवा ८ बाळाला काय दिले ? | १. मातेचे दुध काढून २. प्राणी जन्य दुध ३. इतर (लिहा) | होय नाही डीके १. <input type="checkbox"/> १. <input type="checkbox"/> १. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------|---|---|--|
| | | | □ ३.(—————) |
| ५.३७ | स्तनपान असेल तर बाळाने चोखणे बंद केले का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | □ |
| ५.३७.१ | जर हो असेल तर बाळाने चोखणे केंव्हा बंद केले ? | |मिनिटेतासदिवस |
| ५.३८ | बाळाला उबदार ठेवण्यासाठी काय केले ? | १.स्वतःया कपड्यात झाकून २. ब्लॅकेट ३. इतर पध्दत ४. झाकले नाही ८. माहित नाही | □ |
| ५.३९ | बाळाला आकडी आल का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | □ |
| ५.३९.१ | जन्मानंतर किती वेळाने झटके आले ? | १. २४ तासांच्या आत | □ |
| ५.४० | बाळाचे शरीर ताठ व मागील बाजूस वाकडे होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | □ जर उत्तर २ किंवा ८ तर प्र. ५.४१ कडे जा |
| ५.४०.१ | जन्मानंतर किती वेळाने शरिरीक वाढ व मागील बाजूस वाकले ? | | (डी.के. = ८८) |
| ५.४१ | बाळ सुस्त व गुंगीत होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | □ जर उत्तर २ किंवा ८ तर प्र. ५.४२ कडे जा |
| ५.४१.१ | जर हो तर केंव्हा सुस्त व गुंगीत होते ? | | (डी.के. = ८८) |
| ५.४२ | बाळाला ताप होता का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | □ जर उत्तर २ किंवा ८ तर प्र. ५.४३ कडे जा |
| ५.४२.१ | जर हो असेल तर जन्मानंतर किती दिवसात ताप आला ? | | (डी.के. = ८८) |
| ५.४३ | बाळाचे अंग गार वाटत होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | □ जर उत्तर २ किंवा ८ तर प्र. ५.४३ कडे जा |
| ५.४३.१ | जर हो तर जन्मानंतर किती दिवसात त्याचे अंग गार वाटत होते ? | | (डी.के. = ८८) |

| | | | |
|--------|--|------------------------------------|---|
| ५.४४ | बाळाला खोकला होता का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ तर प्र. ५.४५ कडे जा |
| ५.४४.१ | जर हो तर जन्मानंतर किती दिवसात खोकला आला ? | (डी.के. = ८८) | |
| ५.४५ | बाळाला श्वास जलद होता का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> प्रश्न ५. ४६ कडे जा |
| ५.४५.१ | जर हो तर जन्मानंतर किती दिवसात जलद श्वास सुरु झाला ? | (डी.के. = ८८) | |
| ५.४६ | बाळाल श्वास घेण्यात अडचण होती का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> प्रश्न ५.४७ कडे जा |
| ५.४६.१ | जर तर तन्मानंतर किती दिवसात श्वास घेण्यात अडचण सुरु झाली | (डी.के. = ८८) | |
| ५.४७ | बाळाची छाती आत ओढली होती का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.४८ | बाळाच्या छातीत घरघर होत होती का ? (प्रात्याक्षित दाखवा) | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.४९ | बाळाच्या नाकपुड्या फेदारलेल्या होत्या का? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.५० | बाळाला पातळ जुलाब होत होत का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ५.५१ कडे जा |
| ५.५०.१ | जर हो तर जन्मानंतर किती दिवसात जुलाब झाले ? | (डी.के. = ८८) | |
| ५.५१ | शौचाला रक्त होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.५२ | बाळाला उलटया होत होत्या का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर किंवा ८ प्रश्न ५. ५३ कडे जा |
| ५.५२.१ | जर होय तर जन्मानंतर किती दिवसात उलटया सुरु झाल्या | | |
| ५.५२.२ | उलटिचा रंग कसा होता ? (उल्लेख करा) | (उल्लेख करा) | |

| | | | |
|--------|---|------------------------------------|--|
| ५.५३ | बाळाचे पोट फुगले होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ अ सेल प्रश्न ५.५४ कडे जा |
| ५.५३.१ | जर हो तर जन्मानंतर किती दिवसात पोट फुगले होते ? | (डी.के. = ८८) | |
| ५.५४ | बाळाच्या नाळेची जागा लाल किंवा त्यातून रक्त स्राव होत होता का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.५५ | बाळाच्या शरीरावर पुरळ किंवा त्यातून पू येत होता का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ५.५६ कडे जा |
| ५.५५.१ | जर हो तर किती व कोणत्या जागी ? | (तपशिल) | |
| ५.५६ | बाळाच्या हाताचे, पायाचे तळवे पिवळेसर होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> प्रश्न ५.५७ कडे जा |
| ५.५६.१ | जर हो तर किती दिवसात तळवे पिवळेसर झाले ? | (डी.के. = ८८) | |
| ५.५६.२ | किती दिवसांपर्यंत तळवे पिवळेसर होते ? | (डी.के. = ८८) | |
| ५.५७ | २३ तास बाळ निळसर होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ५.५८ | बाळाचे जन्म वजन घेतले का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ५.५९ जा |
| ५.५८.१ | विविध तारखांना वजन किती होते ? | (तपशिल) | |
| ५.५९ | बाळाचे लसिकरण केले का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, भाग - ७ कडे जा |
| ५.६०.१ | लसीकरण वयानुसार पूर्ण झाले का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |

भाग ६. २ महिने ते ५ वर्षेपेक्षा जास्त मोठ्या मुलांसाठी

वाचून दाखवा - मला तुम्हाला काही प्रश्न विचारून शिशूला काही महिने असलेल्या वैद्यकीय समस्या होत्या का व आजारी असताना तीला / त्याला कोणती चिन्हे /लक्षणे होती हे जाणून घ्यायचे आहे. काही प्रश्न थेट त्याच्या / तिच्या मृत्युशी संबंधित नसतील. कृपया सहकार्य करा व सर्व प्रश्नांची उत्तरे द्या त्यामुळे शिशूला कोणती लक्षणे होती याचे चित्र स्पष्ट होईल.

कृपया मला सांगा खालील पैकी कोणते आजार शिशूला होते

मातेची अवस्था

| | | | |
|-------|--|---|---|
| ६.१ | मातेची प्रकृती अता कशी आहे ? | १. निरोगी २. आजारी ३. जीवंत नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर १ किंवा ८, प्रश्न ६.२ कडे जा |
| ६.१.१ | जर जिवंत नसेल तर तिच्या अवस्थेबाबत तपशिल | १. रक्तक्षय २. इतर (.....) तपशिल | <input type="checkbox"/> |
| ६.२ | गरोदरपणात तिने कोणते औषधोपचार घेतले आहेत का ? (आय एफ गोळ्या, टी. टी इंजेक्शन सोडून) | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२.१ | जर हो असेल तर तपशिल | (तपशिल) | |
| ६.२.२ | मातेला धुम्रपान, मदयपान, तंबाखू खाण्याचे व्यसन आहे का ? | १.धुम्रपान २.मदयपान ३.तंबाखू ४.इतर (उल्लेख करा.....) | होय नाही डीके १.□ १.□ १.□ २.□ २.□ २.□ ३.□ ३.□ ३.□ ४. (.....) |
| ६.३ | या बाळापूर्वी मातेने किती जिवंत जन्म दिले ? | _____ _____ (डी.के = ८८) | |
| ६.४ | हे मूल कितवे आहे ? | _____ _____ (डी.के = ८८) | |
| ६.४.१ | पूर्वीच्या व आताच्या गरोदरपणात २ वर्षांचे अंतर ? | _____ _____ महिने (डी.के = ८८) | |
| ६.५ | या मूला पूर्वी एखादया मूलाचा मृत्यू झाला होता का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.५ अ | जर हो तर मृत्यूची कारणे स्पष्ट करा | (तपशिल) | |
| ६.६ | मूल जन्मतः छोटे होते का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.६.१ | मूलाचे जन्मचे वेळी वजन किती होते ? | १. > २५०० ग्रॅम २. < २५०० - २००० ग्रॅम ३. < २०००-१५०० ग्रॅम ४. < १५०० ग्रॅम ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------|--|--|--|
| ६.७ | मुलाचा जन्म अपुऱ्या दिवसांचा होता का ? (३७ आठवड्यांपूर्वी) | १.होय २.नाही ॢ.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ॢ, प्रश्न ६.ॢ कडे जा |
| ६.७.१ | कितव्या आठवड्यात जन्म झाला ? (गरोदरपणाचा कालावधी लिहा) | — — आठवडे (डी.के = ॢॢ) | |
| ६.ॢ | मुलाची वाढ योग्य होती का ? | १.होय २.नाही ॢ.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.९ | मुलाला सहा महिन्यापर्यंत निव्वळ स्तनपान दिले का ? | १.होय २.नाही ॢ.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.९.१ | जर उत्तर २ किंवा ॢ असेल तर काय दिले ? | _____ (तपशिल) | |
| ६.१० | पूरक आहार सुरु केला होता का ? | १.होय २.नाही ॢ.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.१०.१ | जर हो तर केंव्हा सुरु केला ? | _____ (तपशिल) | |
| ६.११ | पूरक आहार काय दिले ? | १.साधे वरण/भाताचे पाणी २.खिचडी + तेल ३.फक्त चहा /दूध बिस्किट ॡ.इतर (लिहा.....) ॢ. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.१२ | मूलाला माती खाण्याची सवय होती का ? (१ वर्षा खालील मुलांसाठी फक्त) | १.होय २.नाही ॢ.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.१३ | जंत झाले होते का ? (१ वर्षा खालील मुलांसाठी फक्त) | १. होय २. नाही ॢ. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.१३.१ | जंतनाशक औषध दिले होते का ? (१ वर्षा खालील मुलांसाठी फक्त) | १.होय २.नाही ॢ.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर २ किंवा ॢ तर प्रश्न क्रं. ६.१ॡ कडे जा |
| ६.१३.२ | होय असल्यास शेवटी केंव्हा दिले ? (१ वर्षा खालील मुलांसाठी फक्त) | १. ६ महिने २. ६ महिन्यांपूर्वी ३. ६ -१२ महिने ॡ. १२ महिन्यांपेक्षा जास्त ॢ. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.१ॡ | कुटुंबात क्षय रोगाचा इतिहास आहे का ? | १.होय २.नाही ॢ.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |

मुलांत वैद्यकीय आजारांचा पूर्व इतिहास

| | | | |
|--------|------------------------------|---|--------------------------|
| ६.१५ | हृदयरोग (वाचून दाखवा) | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.१६ | मधुमेह (वाचून दाखवा) | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.१७ | दमा (वाचून दाखवा) | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.१८ | आकडी येणे (वाचून दाखवा) | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.१९ | कुपोषण (वाचून दाखवा) | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२० | क्षयरोग (वाचून दाखवा) | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२१ | एचआयव्ही/ एडस (वाचून दाखवा) | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२२ | जन्मतः व्यंग (वाचून दाखवा) | १. पाठीवर गाठ २. फार मोठे डोके ३. फार लहान डोके ४. ओठ / विकृती ५. इतर व्यंग (लिहा.....) ६. व्यंग नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२३ | या शिवाय काही आजार होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२३.१ | नेमका आजार सांगता येईल का ? | आजार _____ _____ _____ | |

शेवटच्या आजारातील लक्षणे - २ महिने ते ५ वर्षे वयातील मुले

| | | |
|--------|---|---|
| ६.२४ | मुत्युपूर्वी तो/ ती किती दिवस आजारी होता ? (उत्तर दिवसात लिहा १ महिना = ३० दिवस) | _____ दिवस (डी.के = ८८) |
| ६.२५ | त्याला / तिला ताप होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही |
| | | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.२६ कडे जा |
| ६.२५.१ | ताप किती काळ होता ? | _____ दिवस (डी.के = ८८) |

| | | | |
|--------|---|---------------------------------|--|
| ६.२५.२ | ताप सतत होता का मधूनमधून येत होता ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२५.३ | थंडी वाजून ताप येत होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२६ | खोकला होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.२७ कडे जा |
| ६.२६.१ | हो तर किती काळ होता ? | | — — दिवस (डी.के = ८८) |
| ६.२६.२ | खोकला गंभीर होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२६.३ | खोकल्या नंतर उलटी झाली का? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२७ | श्वास जलद होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२८ | श्वास घेण्यास अडचण येत होती का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.२९ | छाती आत ओढली होती का | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.३० | श्वासात घरघर व्हि झींग होती का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.३१ | नाकपुड्या फेंदारल्या होत्या का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.३२ | जुलाब झाले का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.३३ कडे जा |
| ६.३२.१ | जर हो तर किती काळ होता ? (>१४ दिवस) | | — — दिवस (डी.के = ८८) |
| ६.३२.२ | जुलाब दिवसात किती वेळा होत होते? | | — — दिवस (डी.के = ८८) |
| ६.३२.३ | पूर्वी पेक्षा आजारात लघवी कमी झाली का ? | १.होय २.नाही | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|---|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | ८.माहित नाही | | | | | | | | | | | | | |
| ६.३२.४ | डोळे खोल गेल होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| ६.३२.५ | मूल सुस्त गुंगीत होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| ६.३३ | शेवटच्या आजारात कधी तरी शौचास रक्त पडले का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| ६.३४ | मुत्युला कारणीभूत आजारात त्वचेवर पुरळ होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ६.२५ कडे जा | | | | | | | | | | | | |
| ६.३४.१ | जर हो तर किती काळ पुरळ होती ? | | — — — (डी.के = ८८) | | | | | | | | | | | | |
| ६.३४.२ | पुरळ या ठिकाणी होता का ? | १. चेहरा २. धड ३. हात व पाय | <table border="0"> <tr> <td>होय</td> <td>नाही</td> <td>डीके</td> </tr> <tr> <td>१.□</td> <td>१.□</td> <td>१.□</td> </tr> <tr> <td>२.□</td> <td>२.□</td> <td>२.□</td> </tr> <tr> <td>३.□</td> <td>३.□</td> <td>३.□</td> </tr> </table> | होय | नाही | डीके | १.□ | १.□ | १.□ | २.□ | २.□ | २.□ | ३.□ | ३.□ | ३.□ |
| होय | नाही | डीके | | | | | | | | | | | | | |
| १.□ | १.□ | १.□ | | | | | | | | | | | | | |
| २.□ | २.□ | २.□ | | | | | | | | | | | | | |
| ३.□ | ३.□ | ३.□ | | | | | | | | | | | | | |
| ६.३४.३ | पुरळ कसा दिसत होता ? | १. गोवरचा २. पुरळ व त्यात स्वच्छ द्रव ३. पुरळ व त्यात पू द्रव ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| ६.३४.४ | डोळे लाल झाले होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| ६.३५ | भूक लागत नव्हती का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| ६.३६ | वजनात घट झाली का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| ६.३७ | फिकट दिसत होते का ? (रक्त कमी) फिकट तळहात , डोळे किंवा नखे . | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| ६.३८ | अतिशय रोड, वेस्टेड दिसत होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| ६.३८.१ | आजाराच्या ३ महिने पूर्वी वजन केले होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ६.३९ कडे जा | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------|--|---------------------------------|--|
| ६.३८.२ | जर हो तर तारीख वार वजन लिहा . | (तपशिल) | |
| ६.३९ | केसाचा रंग लालसर किंवा पिवळसर झाला होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.४० | उलटी झाली का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ६.४१ कडे जा |
| ६.४०.१ | जर हो तर उलटी किती काळपर्यंत होत होती ? | — — (डी.के = ८८) | |
| ६.४०.२ | जेव्हा उलटया होत्या तेव्हा दिवसात किती वेळा होत होत्या ? | — — (डी.के = ८८) | |
| ६.४०.३ | उलटीचा रंग कसा होता ? | (तपशिल) | |
| ६.४१ | पोटात दुखत होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.४२ | पोटाचा फुगवटा होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.४३ कडे जा |
| ६.४२.१ | जर हो तर किती काळ होता ? | — — (डी.के = ८८) | |
| ६.४२.२ | पोट फुगणे शिघ्र काही दिवसात झाले की काही महिन्यात ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.४३ | एखादा दिवस किंवा जास्त काळ शौचास झाली काही असे घडले का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.४४ | पोटात गाठ होती का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.४५ कडे जा |
| ६.४४.१ | जर हो तर किती काळापर्यंत होती ? | — — (डी.के = ८८) | |
| ६.४५ | डोळे पिवळे झाले होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.४६ कडे जा |
| ६.४५.१ | जर हो तर किती काळापर्यंत पिवळे होते ? | — — दिवस (डी.के = ८८) | |

| | | | |
|--------|--|--|---|
| ६.४६ | कोणत्याही ठिकाणपासून रक्तस्राव होता का ? उदा: रक्ताची उलटी, काळी शौचास | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.४७ कडे जा |
| ६.४६.१ | हो असल्यास तपशिल द्या | (तपशिल) | |
| ६.४७ | तोंडाच्या आत किंवा जिभेवर पांढरे चट्टे होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.४८ कडे जा |
| ६.४७.१ | जर हो तर किती काळ असे चट्टे होते ? | — — दिवस (डी.के = ८८) | |
| ६.४८ | या भागावर गाठ होती का ? | १. मान २. काख ३. जांघ ४. इतर लिहा | होय नाही डीके १.० १.० १.० २.० २.० २.० ३.० ३.० ३.० ४. (.....) |
| ६.४९ | या जागी सूज होती का ? | १. चेहरा २. सांधे ३. घोटा ४. पूर्ण शरीर ५. इतर जागा | होय नाही डीके १.० १.० १.० २.० २.० २.० ३.० ३.० ३.० ४.० ४.० ४.० ५. (.....) |
| ६.५० | डोके दुखत होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.५१ | मान ताठर व दुखरी होती का? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.५२ | गुंगी किंवा बेशुध्द अवस्थेत होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.५३ कडे जा |
| ६.५२.१ | जर हो तर किती काळ बेशुध्द अवस्थेत होते ? | — — दिवस (डी.के = ८८) | |
| ६.५२.२ | बेशुध्द अवस्था अचानक आली, एक दिवसात किंवा काही दिवसात ? | १. अचानक २. शिघ्र (एक दिवस) ३. हळू (काही दिवस) ८. माहित नाही. | <input type="checkbox"/> |
| ६.५३ | झटके आले का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.५३.१ | जर हो तर किती काळ येत होते ? | — — दिवस | |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| | | | (डी.के = ८८) |
| ६.५४ | २३ तास बाळ निळसर होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.५५ | पाय लुळे पडले का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.५६ कडे जा |
| ६.५५.१ | जर हो तर किती काळ पाय लुळे पडले ? | | — — दिवस (डी.के = ८८) |
| ६.५५.२ | पायाचा जुळेपणा अचानक आला, एक दिवसात की काही दिवसात ? | १. अचानक २. शिघ्र (एक दिवस) ३. हळू (काही दिवसात) ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.५६ | कानातून पू येत होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ६.५७ | त्वचेवर काही ठिकाणी जंतू संसर्ग होत होता का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८, प्रश्न ६.५८ कडे जा |
| ६.५७.१ | जर हो तर किमी व कोणत्या जागी ते लिहा. | | (तपशिल) |
| ६.५८ | लसीकरण केले होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ भाग १ कडे जा |
| ६.५८.१ | वयानुसार लसीकरण पूर्ण होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| भाग ७ इजा / अपघाताची माहिती | | | |
| ७.१ | इजा /अपघात बाधा मृत्युचे कारण होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ प्रश्न ७.२ कडे जा |
| ७.१.१ | कोणत्या प्रकारची इजा / अपघात झाला होता ? | १. रक्तस्त्राव २. पडणे ३. बुडणे ४. विषबाधा ५. भाजणे ६. हिंसा /अपहरण ७. इतर ८. महित नाही | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-------|--|--|---|
| ७.१.२ | इजा /अपघात कोणी हेतुपुरस्कृत घडवून आणला का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ७.१.३ | इजा / अपघात नंतर किती वेळाने मृत्यु झाला ? | | — — दिवस (डी.के = ८८) |
| ७.२ | प्राणी/ चावल्यामुळे ते मृत्यु पावले का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही | <input type="checkbox"/> जर उत्तर २ किंवा ८ भाग ८ कडे जा |
| ७.२.१ | कोणत्या प्रकारचा प्राणी /किटक ? | १. कुत्रा २. साप ३. किटक ४. इतर लिहा ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |

भाग ८ आरोग्य उपचार मुलाच्या मृत्युला कारण

| | | | |
|-----|---|--|---|
| ८.१ | मुलाच्या आजारासाठी कुटुंबाने काय केले ? एका पेक्षा जास्त उत्तरे चालतील | १. घरगुती उपचार २. स्थानिक औषधे देणाऱ्याकडून उपचार ३. आरोग्य केंद्रा कडून उपचार ८. माहित नाही | १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> |
| ८.२ | जर ८.१ मधील उत्तरात आरोग्य केंद्रातून उपचार नसतील तर विचारा आरोग्य केंद्रातून उपचार घेण्यात कुटुंबाला काही अडचणी होत्या का ? जर ८.१ मधील उत्तरा प्रमाणे आरोग्य केंद्रामडून उपचार घेतला असतील तर विचारा: यासाठी काही अडथळे दूर करून उपचारासाठी जावे लागले का ? सूचना : या शिवाय आणखी काही? एका पेक्षा जास्त उत्तरे चालतील सर्व उत्तरे तपासा उपचार देण्यात अडचण नसल्यास "१४" फक्त तपासा | १. आरोग्य उपचार देण्याइतपत आजारी आहे असे वाटले नाही २. मुला बरोबर जाण्यास कोणी नव्हते ३. माता / वडील घरगुती कामात व्यस्त होते. ४. वाहन व्यवस्था उपलब्ध नव्हती. ५. वाहन व्यवस्थेसाठी पैसे नव्हते ६. सेवा देणाऱ्याचे / केंद्राची फी देण्यास पैसे नव्हते. ७. इतर खर्च देण्यास पैसे नव्हते. ८. उपलब्ध आरोग्य सेवे बाबत असमाधानी ९. मुलांच्या समस्येवर पारंपारीक उपचार योग्य असतात १०.केंद्रात नेण्यासाठीचा प्रवास मुल सहन करू शकले नसते. ११. काही केले तरी मुल मरणारच १२. रात्री खूप उशिर झाला होता. १३. तर (स्पष्टिकरण द्या ...) १४. उपचार घेण्यात अडचण नव्हती ८८. माहित नाही | १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ७. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> ९. <input type="checkbox"/> १०. <input type="checkbox"/> ११. <input type="checkbox"/> १२. <input type="checkbox"/> १३. <input type="checkbox"/> १४. <input type="checkbox"/> ८८. <input type="checkbox"/> |
| ८.३ | घेतलेला निर्णय कोणी ठरवला ? (फक्त एक उत्तर निर्णय घेणारी प्रमुख व्यक्तीची नोंद करा) | १. माता २. वडिल ३. आजी ४. आजोबा ५. इतर स्पष्ट करा ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ८.४ | आजारी झाल्यावर किती वेळाने बालक / काळजी घेणाऱ्याने निर्णय घेतला ? | | — — दिवस (डी.के = ८८) |

| | | |
|-----|--|---|
| | (दिवस, तास किंवा मिनिटे नोंद करा उदा : ०२ दिवस, १३ तास व २० मिनिटे; ०० दिवस, ०५ तास व ०० मिनिटे. | — — दिवस (डी.के = ८८) |
| | | — — दिवस (डी.के = ८८) |
| ८.५ | या वेळी मुलाला कोणती लक्षणे होती ? (एका पेक्षा जास्त उत्तरे चालतील संबंधित सर्व तपासा) | <ol style="list-style-type: none"> १. जन्म वजन कमी (< २५०० ग्रॅ), अतिशय कमी जन्म वजन (< १५०० ग्रॅ) २. अपुऱ्या दिवसाचे < ३७ आ..... ३. स्तनपानात आडचण, निट चोखत नाही... ४. आकडी ५. गुंगी /सुस्ती..... ६. पोटाचा फुगारा/ वेदना..... ७. वजनात घट ८. जुलाब (रक्त नाही)..... ९. जुलाब (रक्त)..... १०. खोकला / ताप..... ११. श्वास घेण्यात आडचण १२. इतर (स्पष्ट करा)..... ८८. माहित नाही..... |

जर आरोग्य सेवेकडे जाण्याचे ठरवले असेल तर

| | | | | |
|-------|--|---|---|---|
| ८.६ | मुलाच्या मृत्युपूर्वी कोणत्या आरोग्य सेवा केंद्राकडे नेण्यात आले ? (किंवा जाण्याची तयारी होती) मुल पोहोचू शकले नसले तरी सर्व केंद्राचा समावेश करा कारण तिथे किंवा वाटेत मृत्यु मुखी पडले असेल | <input type="checkbox"/> | | |
| ८.६.१ | मुलांला उपचार करण्यात आले व तिथे ते मृत्यु पावले त्या ठिकाणी खूप करा | इथे उपचार घेतले | संदर्भ सेवे कडे पाठवले | इथे मृत्यु झाला |
| ८.६.२ | पहिल्या आरोग्य केंद्राचे नाव व पत्ता : <u>केंद्र १</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ८.६.३ | दुस-या आरोग्य केंद्राचे नाव व पत्ता : <u>केंद्र २</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ८.६.४ | तिस-या आरोग्य केंद्राचे नाव व पत्ता : <u>केंद्र ३</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | केंद्र १ | केंद्र २ | केंद्र ३ |
| | ठरवल्यानंतर उपचार करायचे /मुलाला संदर्भ सेवा रुग्णालयाकडे पाठवले केंद्रापर्यंत पोहोचायला किती वेळ लागला ? (वाहन व्यवस्थेचा वेळ पेशाची व्स्था वाहनासाठी व | ८.७ .. घर ते केंद्र — — दिवस (डी.के = ८८) | ८.२० केंद्र १ ते केंद्र २ — — दिवस (डी.के = ८८) | ८.३३ केंद्र २ ते केंद्र ३ — — दिवस (डी.के = ८८) |

| केंद्रातील सवेसठी यावर चर्चा करा) (दिवस, तास किंवा मिनिटाचा उल्लेख करा) उदा. ०० दिवस, ०२ तास, १० मिनिटे | — — दिवस (डी.के = ८८) | — — दिवस (डी.के = ८८) | — — दिवस (डी.के = ८८) | |
|--|--|--|--|--|
| कुटुंबाने पैशाची सोय कशी केली ? एकापेक्षा जास्त उत्तरे चालतील सर्व संबंधीत तपासा | १. घरी होते २. उधार घेतले ३. वस्तू विकली ४. समाज निधी ५. शासकिय योजना ६. इतर ८. माहित नाही | ८.८ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> | ८.२१ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> | ८.३४ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> |
| केंद्रांचे अंतर किती होते ? | ८.९ घर ते केंद्र क्र.१ किमी (< = डीके = ८८) | ८.२२ केंद्र १ ते केंद्र २ किमी (< = ०००० डीके = ८८) | ८.३५ केंद्र २ ते केंद्र ३ किमी (< = ०००० डीके = ८८) | |
| मुलाला नेण्यासाठी कोणत्या पध्दतीने प्रवास केला ? एकापेक्षा जास्त उत्तरे चालतील सर्व संबंधीत तपासा | १. चालत २. रिक्शा/ बैलगाडी ३. बस ४. टॅक्सी/ऑटो ५. रुग्णवाहिका ६. इतर .. ८. माहित नाही | ८.१० १. <input type="checkbox"/> जर फक्त चालत तर प्र ८.१२ २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> | ८.२३ १. <input type="checkbox"/> जर फक्त चालत तर प्र ८.२५ २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> | ८.३६ १. <input type="checkbox"/> जर फक्त चालत तर प्र ८.३८ २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> |
| या सर्वांसाठी किती खर्च आला ? | ८.११रुपये (डी.के = ८८) | ८.२४ रुपये (डी.के = ८८) | ८.३७ रुपये (डी.के = ८८) | |
| केंद्रांपर्यंत पोहोचण्यासाठी किती वेळ लागला ? | ८.१२.....केंद्र १दिवस (डी.के = ८८) | ८.२५.....केंद्र २दिवस (डी.के = ८८) | ८.३८.....केंद्र ३दिवस (डी.के = ८८) | |
| |तास (डी.के = ८८) |तास (डी.के = ८८) |तास (डी.के = ८८) | |
| |मिनिट (डी.के = ८८) |मिनिट (डी.के = ८८) |मिनिट (डी.के = ८८) | |
| थांबा : जर केंद्रात पोहोचण्यापूर्वी मुलाचा मृत्यु पाला तर भाग १० कडे जा | | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>केंद्रांत असताना मुलाला कोणती लक्षणे होती ? एका पेक्षा जास्त उत्तरे चालतील सर्व तपासा</p> | <p>१. कमी वजन गट (< २५०० ग्रॅम) २. अतिशय कमी वजन गट (< १५०० ग्रॅम) ३. दुध ओढत नाही. ४) झटके येतात ५. गुंगीत / सुस्त ६. पोटाला फुगारा / वेदना ७. वजनात घट ८. जुलाब (रक्त नाही) ९. जुलाब (रक्त) १०. खोकला / ताप ११. श्वास घेण्यास अडचण १२. इतर (.....) ८८. माहित नाही</p> | <p>८.१३.....केंद्र १ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ७. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> ९. <input type="checkbox"/> १०. <input type="checkbox"/> ११. <input type="checkbox"/> १२. <input type="checkbox"/> (.....) ८८. <input type="checkbox"/></p> | <p>८.२६.....केंद्र २ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ७. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> ९. <input type="checkbox"/> १०. <input type="checkbox"/> ११. <input type="checkbox"/> १२. <input type="checkbox"/> (.....) ८८. <input type="checkbox"/></p> | <p>८.३९.....केंद्र ३ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> ७. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> ९. <input type="checkbox"/> १०. <input type="checkbox"/> ११. <input type="checkbox"/> १२. <input type="checkbox"/> (.....) ८८. <input type="checkbox"/></p> |
| <p>केंद्रांत सेवा देणा-याचे काय उपचार केले ? सुचना : आणखी काही एका पेक्षा जास्त उत्तरे चालतील सर्व तपासा</p> | <p>१. क्षारस जिवन किंवा आयडी द्रव (शिघ्र) उपचार २. रक्त दिले ३. उपचार /पोटातून नलिके व्दारे उपचार/ अन्न ४. इतर काही उपचार ५. काही नाही ८. महित नाही.</p> | <p>८.१४ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> (..... .) ५. <input type="checkbox"/> जर ५, प्र. ८.१६ कडे जा. ८. <input type="checkbox"/> जर ८, प्रश्न ८.१६ कडे जा.</p> | <p>८.२७ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> (..... .) ५. <input type="checkbox"/> जर ५, प्र. ८.२९ कडे जा. ८. <input type="checkbox"/> जर ८, प्रश्न ८.२९ कडे जा.</p> | <p>८.४० १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> (..... .) ५. <input type="checkbox"/> जर ५, प्र. ८.४२ कडे जा. ८. <input type="checkbox"/> जर ८, प्रश्न ८.४२ कडे जा.</p> |
| <p>वरील सर्व उपचारासाठी खर्च किती झाला ?</p> | | <p>८.१५रुपये (डी.के= ८८८८)</p> | <p>८.२८रुपये (डी.के= ८८८८)</p> | <p>८.४१रुपये (डी.के = ८८८८)</p> |
| <p>केंद्र / सेवा देणा-याने दुस-या केंद्राकडे पाठवले का ?</p> | <p>१. होय २. नाही ८. माहित नाही</p> | <p>८.१६ <input type="checkbox"/> जर २ किंवा ८, प्रश्न ८.१७ कडे जा</p> | <p>८.२९ <input type="checkbox"/> जर २ किंवा ८, प्रश्न ८.३० कडे जा</p> | <p>८.४२ <input type="checkbox"/> जर २ किंवा ८, प्रश्न ८.४३ कडे जा</p> |
| <p>दुसऱ्या केंद्राकडे पाठविले एकापेक्षा जास्त उत्तरे चालतील सर्व संबधीत तपासा</p> | <p>१. विशिष्ट समस्या लिहा २. रक्त उपलब्ध नव्हते ३. काही पध्दती साठी (लिहा) ४. तज्ञ उपलब्ध नाही ५. इतर (उल्लेख करा.....)</p> | <p>८.१६.१ १. <input type="checkbox"/> (..... .) २. <input type="checkbox"/> (..... ..) ३. <input type="checkbox"/> (..... .) ४. <input type="checkbox"/> (..... .) ५. <input type="checkbox"/> (..... .)</p> | <p>८.२९.१ १. <input type="checkbox"/> (..... .) २. <input type="checkbox"/> (..... ..) ३. <input type="checkbox"/> (..... .) ४. <input type="checkbox"/> (..... .) ५. <input type="checkbox"/> (..... .)</p> | <p>८.४२.१ १. <input type="checkbox"/> (..... .) २. <input type="checkbox"/> (..... .) ३. <input type="checkbox"/> (..... .) ४. <input type="checkbox"/> (..... .) ५. <input type="checkbox"/> (..... .)</p> |
| <p>केंद्रात आल्यावर किती वेळेने दुसरीकडे पाठवले ? दिवस, तास, मिनिटे आवश्यकते नुसार खुणा करा उदा. : ०१ दिवस, ०५ तास व ३० मिनिटे उदा. : ०२ दिवस , ०३ तास ९०० मिनिटे</p> | | <p>८.१६.२दिवस (डी.के = ८८)तास (डी.के = ८८)</p> | <p>८.२९.२दिवस (डी.के = ८८)तास (डी.के = ८८)</p> | <p>८.४२.२दिवस (डी.के = ८८)तास (डी.के = ८८)</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| |मिनिटे (डी.के = ८८) |मिनिटे (डी.के = ८८) |मिनिटे (डी.के = ८८) |
| आवठविल्यावर मुल केंद्रात किती वेळ होते ? | ८.१७दिवस (डी.के = ८८) | ८.३०दिवस (डी.के = ८८) | ८.४३दिवस (डी.के = ८८) |
| |तास (डी.के = ८८) |तास (डी.के = ८८) |तास (डी.के = ८८) |
| |मिनिटे (डी.के = ८८) |मिनिटे (डी.के = ८८) |मिनिटे (डी.के = ८८) |
| इथून दुसऱ्या केंद्राकडे मुलाल नेले होते का ? | १.होय २.नाही ८.माहित नाही ८.१८ केंद्र १ <input type="checkbox"/> जर उत्तर ८ भाग ९ कडे जा | १.३१ केंद्र २ <input type="checkbox"/> जर उत्तर ८ भाग ९ कडे जा | १.४४ केंद्र ३ <input type="checkbox"/> जर उत्तर ८ भाग ९ कडे जा |
| जर दुसरीकडे <u>नले नसेल</u> तर विचारा : दुसऱ्या केंद्राकडे नेण्यास कुटुंबाला काही अडचणी होत्या का ? जर दुसरीकडे नेले असेल तर विचारा : दुसऱ्या केंद्रात पोहोचण्या मध्ये काही अडचणी दूर करावे लागले का सूचना : आणखी काही एकापेक्षा जास्त उत्तरे चालतील सर्व तपासा | १.वाहन नाही २.वाहनासाठी उपचारासाठी पैसे ३.उपलब्ध सेवे बाबत समाधानी नाही ४.काही वेले तरी मुल दगावणारच ५.मुल केंद्रात केंद्र मध्ये मृत्यु पावले ६.इतर (.....) ७.उपचारात समस्या नाही ८.माहित नाही | ८.१९ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> (.....) ७. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> | ८.३२ १. <input type="checkbox"/> २. <input type="checkbox"/> ३. <input type="checkbox"/> ४. <input type="checkbox"/> ५. <input type="checkbox"/> ६. <input type="checkbox"/> (.....) ७. <input type="checkbox"/> ८. <input type="checkbox"/> |
| जर मुलाला दुसऱ्या केंद्रात नेले होते | प्रश्न ८.२० कडे जा प्रश्न ८.३३ कडे जा भाग ९ कडे जा (केंद्र २ सुरुवात) (केंद्र ३ सुरुवात) | | |

भाग ९ अहवालातील मृत्युचे कारण

| | | | |
|-------|---|--|--------------------------|
| ९.१ | मृत्युच्या मृत्युचा दाखला आहे का ? | १. होय २. नाही ८. माहित नाही | <input type="checkbox"/> |
| ९.१.१ | मृत्युचा दाखला मला पहायला मिळेल का हे दिवस महिना , वर्ष त्यातून उतरवून घ्या ? | _____/_____/_____ दिवस / महिना / वर्ष | |
| ९.१.२ | रखान्यातील सर्वात वरच्या ओळीत मृत्युचे कारण दिले आहे त्याची नोंद करा | | |
| ९.१.३ | दाखल्यातील दुरवरून दुसऱ्या ओळीतील मृत्युचे कारण नोंदवा (जर काही असेल तर) | | |
| ९.१.४ | दाखल्यातील वरून तिसऱ्या ओळीतील मृत्युचे कारण नोंदवा (जर काही असेल तर) | | |

भाग १० इतर आरोग्य अभिलेखातून घेतलेली माहिती

| | | | |
|------|---|-------------------|---|
| १०.१ | इतर आरोग्य अभिलेख उपलब्ध आहेत का ? | १. होय २. नाही | <input type="checkbox"/> जर २, खुल्या माहितीकडे जा |
| १०.२ | अभिलेखाच्या प्रत्ये प्रकारातील मागील २ भेटीचा गोषवारा लिहा (जर दोन पेक्षा अधिक असावित) व शेजारीकेल्याची तारीख नोंदवा | | |
| १०.३ | पोस्ट मॉटम निष्कर्ष (मृत्युचे कारण) | | |
| १०.४ | माता बाल संगोपन / ए एन सी / लसी करण कार्ड (संबंधित तपशील) | | |
| १०.५ | दवाखान्यातील उपचार तक्त (संबंधित माहिती) | | |
| १०.६ | उपचार कार्ड (संबंधित माहिती) | | |
| १०.७ | दवाखान्यातील सुटी देतानाच्यासूचना कार्ड (संबंधित माहिती) | | |
| १०.८ | प्रयोग शाळा निष्कर्ष (संबंधित माहिती) | | |

भाग : ११ खुली माहिती

वाचा : माझ्या अनेक प्रश्नांत उत्तरे दिल्या बद्दल आभार. तुम्ही तुमच्या शब्दात आजारबद्दल सांगाल का तसेच मुलाच्या आजारा बद्दल आणखी काही सांगायचे आहे का जे माझ्याकडून विचारायचे राहिले असेल.

उत्तर मिळाल्यावर विचारा : आणखी काही

मिळालेली उत्तरे त्यांच्याच शब्दात नोंदवा ती त्याला / तिला वाचून दाखवा व काही सुधारावयाचे असल्यास तसे करा.

मुलाखत घेणा-याची सही

उत्तर देणा-याची सही

नाव व पदनाम

**मुलाखतीचा समारोप
प्रतिसाद देणारा / देणारे यांचे सहकार्याबद्दल आभार माना**

| | | |
|--|--------------------|--|
| मुलाखतीच्या शेवटची ओळ नोंदवा | तास | |
| | मिनिटे | |
| पर्यवेक्षकाचा दाखला :- स्वाक्षरी केलेल्या पर्यवेक्षक प्रमाणित करातो की ही माहितीचा आढावा घेऊन ती योग्य व पूर्ण आहे. | | |
| पर्यवेक्षकाचे नाव लिहून पर्यवेक्षकाची स्वाक्षरी | दाखल्याची तारीख | _____/_____/_____ दिवस / महिना / वर्ष |
| | | |