

QUESTIONNAIRE 1 (Age 0-4 weeks)



The Burden Of Pneumonia In Indonesia Children And The Association With Vitamin D Deficiency: The Indonesian Pneumonia And Vitamin D Study (I-PADS)

Study ID / / - / I-PADS

Instruction: The study team will verbally administer the questionnaire by interviewing parent. Circle or complete answers that apply

1. Today's date / / (dd/mm/yyyy)
2. Study staff's initial
3. The person answering the question is the 1. Mother 2. Father

Demographic details

4. Child's name _____
5. Parents' detail
 - 5.1 Parents' name Mother _____
Father _____
 - 5.2 Address _____

 - 5.3 Phone number Mother
Father
 - 5.4 Mother's Date of Birth : / / (dd/mm/yyyy)
 - 5.5 Parents' education (please fill out based on the code)
code: 1: Middle school or less 2: High school
3: University 4: Other
Mother Father
 - 5.6 Parents' employment status (please fill out based on the code)
code: 1: Not working 2: student 3: Employee 4: Laborer
5: House wife 6: Retired 7: Other
Mother Father

6. Alternative contact

Name _____

Relationship with the participant _____

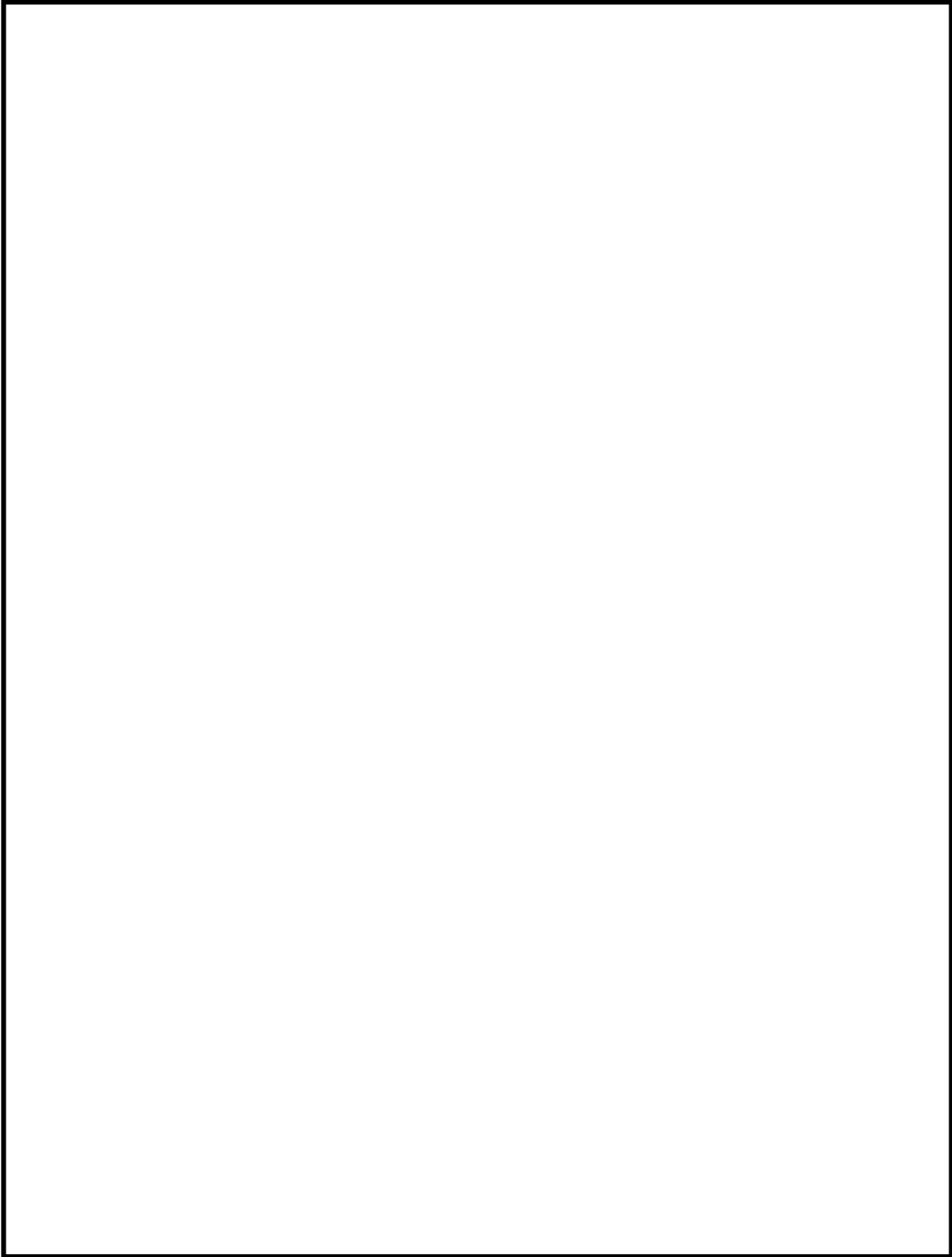
Address _____

Phone number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Map

(Please draw us your home location from the PHC/ city landmarks)



SOCIO ECONOMIC STATUS

8. Total household monthly income per month. (Please circle the correct response)

- 1. <Rp 500.000,00
- 2. Rp 500.000-Rp1.000.000
- 3. Rp 1.000.000-Rp2.500.000
- 4. Rp 2.500.000-Rp 5.000.000
- 5. >Rp 5.000.000

9. Are you covered by health insurance? (Please circle the correct response)

- 1. Yes
- 2. No

RISK FACTORS

10. How many people live in the household where the baby lives (not including baby)?

(Please complete the boxes)

people

11. Do any family members currently smoke (in the last 12 months)? (Please put the number that applies)

- 11.1 Mother 1. Not at all 4. Yes at least monthly
- 11.2 Father 2. Yes, daily
- 11.3 Other family member 3. Yes, at least weekly
(living in the same roof with baby)

12. If yes, on average how many cigarettes do you smoke? (Please put the number that applies)

- 12.1 Mother 1. < 12 units
- 12.2 Father 2. 12-24 units
- 12.3 Other family member 3. > 24 units
(living in the same roof with baby)

13. The main material for cooking. (Please circle the correct response)

- 1. Electric 3. Kerosene 5. Charcoal
- 2. Gas 4. Wood 6. Other

The following questions will provide us with information about the mother's pregnancy history. Please kindly circle that apply or fill out the boxes

14. What was the gestational age of the baby at birth?

weeks + days

15. How many previous pregnancies has the mother had (excluding the most recent). (Please circle the correct response, if the answer is more than 3 please put the number that applies in the boxes)

- 1. none 2. one 3. Two 4. Three 5. >three, mention

16. How many other living children does mother have? (Please circle the correct response, if the answer is more than 3 please put the number that applies in the boxes)

- 1. None 2. One 3. Two 4. Three 5. >three, mention

17. Did the mother take any calcium supplements during her pregnancy? (Please circle the correct response)

1. No 2. Yes, but not regularly 3. Yes, regularly

18. Did mother take any other nutritional supplements? (Please circle the correct response)

1. Yes 2. No

18.1 If yes, please give detail of product name and dosage:

Brand _____

Dosage _____

18.2 If yes, please give detail of product name and dosage:

Brand _____

Dosage _____

19. What vitamin D containing foods did the mother take during her pregnancy? (Please circle the correct response and mention the frequency)

Foods	Yes	No	How many times (in average per week)
Milk and alternatives	1	2	_____ Times/week
Red Meat and alternatives	1	2	_____ Times/week
Fish	1	2	_____ Times/week
Egg yolk	1	2	_____ Times/week

Sun exposure

20. How often is the mother being outside of the home during pregnancy? (Please put the number that applies) (silakan isikan nomor sesuai jawaban)

20.1 **On weekdays** 1. Yes, _____ times/week 2. No

20.2 **On weekend** 1. Yes, _____ times/week 2. No

21. At what time of the day did the mother usually take go outside the house during pregnancy? (Please put the number that applies)

No	Hour	On Weekdays	On Weekend
21.1	Before 10.00 am		
21.2	Between 10.00 am – 16.00 pm		
21.3	After 16.00 pm		

22. On average, how many hours was the mother staying outside during pregnancy? (Please put the number that applies)

22.1 On a weekday

22.2 On a weekend

1. Less than 15 min 4. 1 to 2 hours

5. 4 to 5 hours

2. 15 min to 30 min 5.2 to 3 hours

6. 5 to 6 hours

3. 31 min to 1 hour

23. How often did mother use sun protector during pregnancy? (Please circle the correct response)

23.1 Sun screen usage

No	Usage	Weekdays	Weekend
1	Always		
2	< 50% of the time		
3	≥ 50% of the time		
4	Not at all		

23.2 Sunglasses usage

No	Usage	Weekdays	Weekend
1	Always		
2	< 50% of the time		
3	≥ 50% of the time		
4	Not at all		

23.3 Umbrella usage

No	Usage	Weekdays	Weekend
1	Always		
2	< 50% of the time		
3	≥ 50% of the time		
4	Not at all		

24. What was the mother wearing during outdoor activities during pregnancy? (Please circle the correct response)

24.1 Arms exposed

No	Arms	On weekday	On weekend
1	Not exposed at all		
2	< 50% time exposed		
3	≥ 50% time exposed		
4	Always exposed		

24.2 Lower extremity exposed (thigh to heel)

No	Lower extremity	On weekday	On weekend
1	Not exposed at all		
2	< 50% time exposed		
3	≥ 50% time exposed		
4	Always exposed		

25. Does the mother intend to exclusively breastfeed her baby? (Please circle the correct response)

1. Yes 2. No

26. Who is the primary caregiver of the baby? (Please circle the correct response)

1. Mother 2. Father 3. Other family member 4. Babysitter
5. Others, please mention _____

KUESIONER 1 (Usia 0-4 minggu)



Beban Penyakit Pneumonia pada Anak-anak di Indonesia dan Hubungan dengan Defisiensi Vitamin D: Penelitian Indonesian Pneumonia and Vitamin D (I-PAD)

ID Peserta / / - / I-PADS

Petunjuk: Tim peneliti akan mewawancarai secara verbal kepada orangtua. Lingkari atau lengkapi pertanyaan yang tersedia

1. Tanggal hari ini / / (dd/mm/yyyy)
2. Inisial pewawancara
3. Pertanyaan dijawab oleh 1. Ibu 2. Bapak

Data Demografi

4. Nama Bayi _____
5. Data Orangtua
 - 5.1 Nama Orangtua Ibu : _____
Bapak : _____
 - 5.2 Alamat : _____

 - 5.3 Nomor telepon Ibu
Bapak
 - 5.4 Tanggal lahir ibu : / / (dd/mm/yyyy)
 - 5.5 Pendidikan orangtua (isilah kotak berdasarkan kode yang tersedia)
kode: 1: SMP atau dibawahnya 2: SMA atau sederajat
3: Universitas atau sederajat 4: Lain-lain
Ibu Bapak
 - 5.6 Status pekerjaan orangtua (isilah kotak berdasarkan kode yang tersedia)
kode: 1: Tidak berkerja 2: Siswa 3: Pegawai 4: Buruh
5: IRT 6: Pensiunan 7: lain-lain
Ibu Bapak

6. Kontak Alternatif

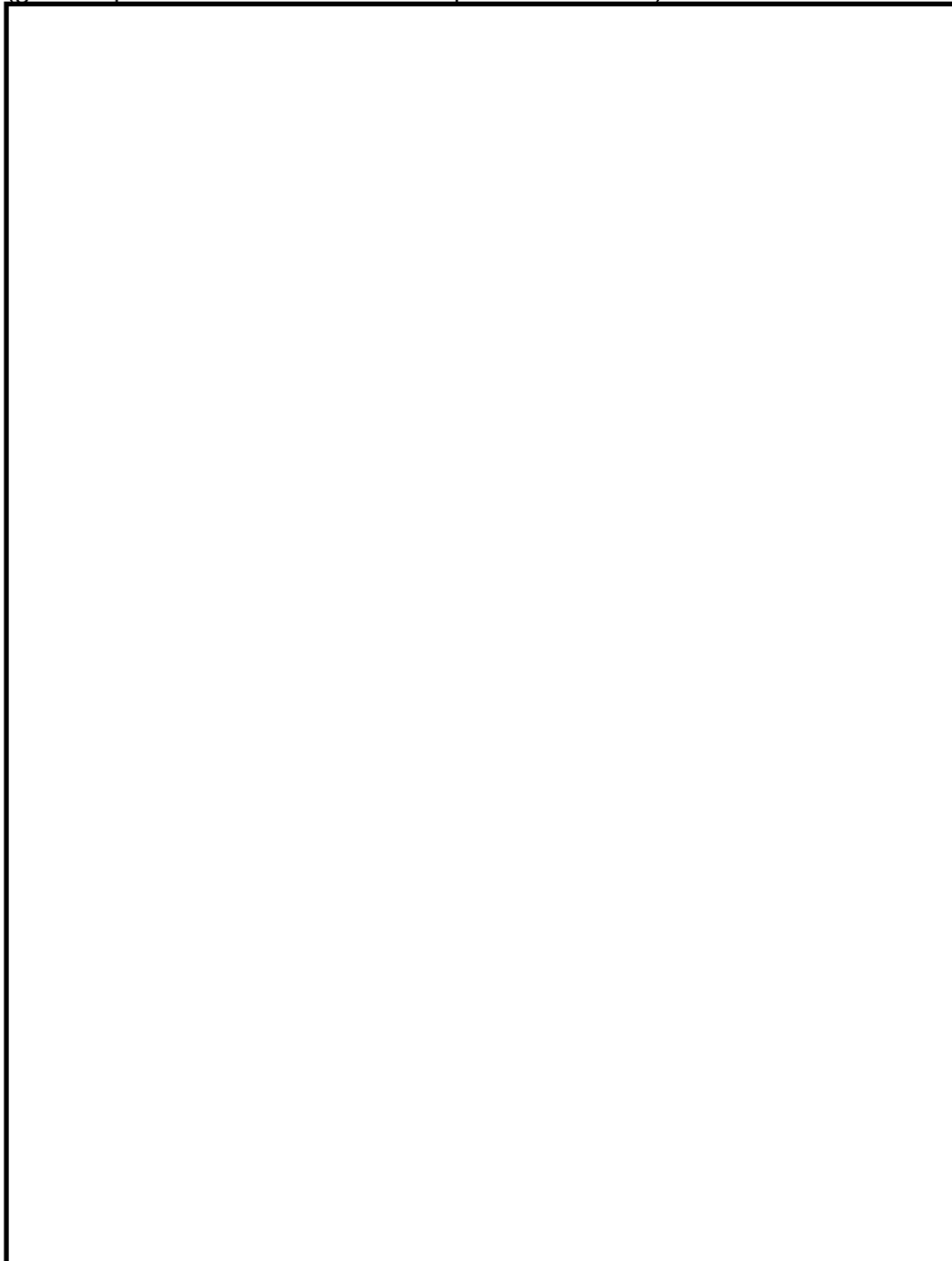
Nama : _____
Hubungan dengan peserta: _____
Alamat : _____

Nomor Telepon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Peta

(gambar peta lokasi rumah Anda dari puskesmas/BPM)



STATUS SOSIAL EKONOMI

8. Berapa total pendapatan perbulan?(lingkari jawaban yang sesuai)
- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. <Rp 500.000,00 | 4. Rp 2.500.000-Rp 5.000.000 |
| 2. Rp 500.000-Rp1.000.000 | 5. >Rp 5.000.000 |
| 3. Rp 1.000.000-Rp2.500.000 | |
9. Apakah Anda memiliki asuransi kesehatan? (lingkari jawaban yang sesuai)
- | | |
|-------|----------|
| 1. Ya | 2. Tidak |
|-------|----------|

FAKTOR RISIKO

10. Berapa banyak orang yang tinggal satu rumah bersama bayi (tidak termasuk bayi)?
(Lengkapi kotak yang tersedia)
 orang
11. Apakah ada anggota keluarga yang merokok (dalam 1 tahun)? (isilah berdasarkan kode nomor yang tersedia)
- | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|------------------------|
| 11.1 Ibu | <input type="checkbox"/> | 1. Tidak semua | 4. Ya, minimal 1 bulan |
| 11.2 Bapak | <input type="checkbox"/> | 2. Ya, setiap hari | |
| 11.3 Anggota keluarga lain
(yang tinggal satu rumah dengan anak) | <input type="checkbox"/> | 3. Ya, minimal setiap minggu | |
12. Jika iya, berapa rata-rata jumlah rokok yang dikonsumsi? (isilah berdasarkan kode nomor yang tersedia)
- | | | |
|---|--------------------------|-----------------|
| 12.1 Ibu | <input type="checkbox"/> | 1. ≤ 12 batang |
| 12.2 Bapak | <input type="checkbox"/> | 2. 13-24 batang |
| 12.3 Anggota keluarga lain
(yang tinggal satu rumah dengan anak) | <input type="checkbox"/> | 3. > 24 batang |
13. Bahan bakar utama untuk memasak. (lingkari jawaban yang sesuai)
- | | | |
|------------|-----------------|--------------|
| 1. Listrik | 3. Minyak tanah | 5. Arang |
| 2. Gas | 4. Kayu | 6. Lain-lain |

Pertanyaan berikut akan memberikan informasi tentang riwayat kehamilan ibu. Silakan lingkari atau isi kotak yang tersedia sesuai jawaban.

14. Berapa umur kehamilan ibu?
 minggu + hari
15. Berapa jumlah kehamilan terdahulu (tidak termasuk kehamilan sekarang)? (silakan lingkari jawaban yang sesuai, jika jawaban lebih dari 3 isilah jawaban pada kotak yang tersedia)
- | | | | | |
|--------------|---------|--------|---------|--|
| 1. Tidak ada | 2. Satu | 3. Dua | 4. Tiga | 5. >Tiga, sebutkan <input type="text"/> <input type="text"/> |
|--------------|---------|--------|---------|--|
16. Berapa banyak jumlah anak ibu yang hidup? (silakan lingkari jawaban yang sesuai, jika jawaban lebih dari 3 isilah jawaban pada kotak yang tersedia)
- | | | | | |
|--------------|---------|--------|---------|--|
| 1. Tidak ada | 2. Satu | 3. Dua | 4. Tiga | 5. >Tiga, sebutkan <input type="text"/> <input type="text"/> |
|--------------|---------|--------|---------|--|

17. Apakah ibu mengonsumsi suplemen kalsium selama kehamilan? (silakan lingkari jawaban yang sesuai)

1. Tidak 2. Ya, tetapi tidak rutin 3. Ya, rutin

18. Apakah ibu mengonsumsi suplemen nutrisi yang lain? (silakan lingkari jawaban yang sesuai)

1. Ya 2. Tidak

18.1 Jika iya, sebutkan merk/nama produk dan dosisnya:

Merk _____
Dosis _____

18.2 Jika iya, sebutkan merk/nama produk dan dosisnya:

Merk _____
Dosis _____

19. Makanan apa yang mengandung vitamin D yang dikonsumsi ibu selama kehamilan? (silakan lingkari jawaban yang sesuai dan sebutkan jadwalnya)

Makanan	Ya	Tidak	Rata-rata konsumsi dalam 1 minggu
Susu	1	2	_____ kali/minggu
Daging merah	1	2	_____ kali/minggu
Ikan	1	2	_____ kali/minggu
Kuning telur	1	2	_____ kali/minggu

Paparan sinar matahari

20. Seberapa sering ibu berada di luar rumah selama kehamilan? (silakan isikan nomor sesuai jawaban)

- 20.1 **Pada hari kerja** 1. Ya, _____ kali/minggu 2. Tidak
20.2 **Pada akhir pekan** 1. Ya, _____ kali/minggu 2. Tidak

21. Kapan biasanya ibu berada di luar rumah selama kehamilan? (silakan beri tanda centang pada jawaban yang sesuai)

No	Jam	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
21.1	Sebelum jam 10.00		
21.2	Antara jam 10.00 – 16.00		
21.3	Setelah jam 16.00		

22. Rata-rata berapa lama ibu biasa berada di luar rumah di bawah matahari langsung selama kehamilan? (silakan isikan nomor sesuai jawaban)

- 22.1 **Pada hari kerja** 22.2 **Pada akhir pekan**

1. kurang dari 15 menit 4. 2 jam 6. 4 jam
2. 15 - 30 menit 5. 3 jam 7. 5 jam
3. 31 menit - 1 jam

23. Seberapa sering ibu memakai pelindung matahari selama kehamilan? (silakan beri tanda centang pada jawaban yang sesuai)

23.1 Penggunaan tabir surya

No	Penggunaan	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Selalu menggunakan		
2	Menggunakan < 50% waktu terpapar		
3	Menggunakan \geq 50% waktu terpapar		
4	Tidak menggunakan sama sekali		

23.2 Penggunaan kacamata hitam

No	Penggunaan	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Selalu menggunakan		
2	Menggunakan < 50% waktu terpapar		
3	Menggunakan \geq 50% waktu terpapar		
4	Tidak menggunakan sama sekali		

23.3 Penggunaan payung

No	Penggunaan	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Selalu menggunakan		
2	Menggunakan < 50% waktu terpapar		
3	Menggunakan \geq 50% waktu terpapar		
4	Tidak menggunakan sama sekali		

24. Bagaimanakah kebiasaan berpakaian ibu ketika berada di luar rumah selama kehamilan? (silakan beri tanda centang pada jawaban yang sesuai)

24.1 Terekspos bagian lengan

No	Bagian Lengan	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Tidak terpapar sama sekali		
2	< 50% waktu terpapar		
3	\geq 50% waktu terpapar		
4	Selalu terpapar		

24.2 Terekspos bagian ekstremitas bawah (paha hingga tumit)

No	Bagian ekstremitas bawah	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Tidak terpapar sama sekali		
2	< 50% waktu terpapar		
3	\geq 50% waktu terpapar		
4	Selalu terpapar		

25. Apakah ibu berniat untuk menyusui bayinya secara eksklusif? (silakan lingkari jawaban yang sesuai)

1. Ya 2. Tidak

26. Siapakah yang menjadi pengasuh utama bayi? (silakan lingkari jawaban yang sesuai)

1. Ibu 2. Ayah 3. Keluarga lain 4. Pengasuh bayi/Babysitter
5. Lainnya, sebutkan _____

IPADS COMMUNITY : EPISODES OF ACUTE RESPIRATORY ILLNESSES (ARI)

ID / / -

MR :

Form No :

Baby Name: _____

DOB / /

		Episode 1		Episode 2		Episode 3		Episode 4		Episode 5		Episode 6		Episode 7		Episode 8		Episode 9		Episode 10	
Age in months																					
Diagnosis: 1. Doctor diagnosed pneumonia/LRTI		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
2. URTI		2		2		2		2		2		2		2		2		2		2	
3. Other dx, mention		3		3		3		3		3		3		3		3		3		3	
Source of information:																					
1. Parents self-report		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
2. Medical record/doctor/nurse		2		2		2		2		2		2		2		2		2		2	
3. Both		3		3		3		3		3		3		3		3		3		3	
Start date		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
End date		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
Symptom present																					
1. Fever		1		7		1		7		1		7		1		7		1		7	
2. Cough		2		8a		2		8a		2		8a		2		8a		2		8a	
3. Runny nose		3		8b		3		8b		3		8b		3		8b		3		8b	
4. Dyspnea/Fast breathing		4		8c		4		8c		4		8c		4		8c		4		8c	
5. Chest Indrawing		5		8d		5		8d		5		8d		5		8d		5		8d	
6. Wheeze		6		8e		6		8e		6		8e		6		8e		6		8e	
7. Diarrhea/Vomit		7		9		7		9		7		9		7		9		7		9	
8. Danger signs		8				8				8				8				8			
a. Unable to drink		a				a				a				a				a			
b. Vomit everything		b				b				b				b				b			
c. Unconscious		c				c				c				c				c			
d. Stridor		d				d				d				d				d			
e. Cyanosis		e				e				e				e				e			
9. Other, mention. ...																					
Antibiotic		1. Yes		0. No																	
a. Cotrimoxazole		a		f		a		f		a		f		a		f		a		f	
b. Erythromycin		b		g		b		g		b		g		b		g		b		g	
c. Cefotaxime		c		h		c		h		c		h		c		h		c		h	
d. Penicillin		d		i		d		i		d		i		d		i		d		i	
e. Ampicillin		e		j		e		j		e		j		e		j		e		j	
f. Amoxicillin		f				f				f				f				f			
g. Gentamycine		g				g				g				g				g			
h. Amoxicillin clavulanat		h				h				h				h				h			
i. Ceftriaxone		i				i				i				i				i			
j. others, mention,		j				j				j				j				j			
Mention other antibiotics																					
Nebulized: B2 agonist		1. Yes		0. No																	
Steroid		1. Yes		0. No																	
Cough Medicine, Name _____		1. Yes		0. No																	
Oral Salbutamol		1. Yes		0. No																	
CTM		1. Yes		0. No																	
Outcome:																					
1. Self limiting (no treatment)		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
2. Outpatient, remission		2		2		2		2		2		2		2		2		2		2	
3. Hospitalisation, cured		3		3		3		3		3		3		3		3		3		3	
4. Died		4		4		4		4		4		4		4		4		4		4	
Notes																					

IPADS - KOMUNITAS: EPISODE INFEKSI SAURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA)

ID / / -

No. RM :

No. formulir:

Nama bayi: _____ Tanggal lahir / /

		Episode 1	Episode 2	Episode 3	Episode 4	Episode 5	Episode 6	Episode 7	Episode 8	Episode 9	Episode 10										
Usia dalam bulan																					
Diagnosis:																					
1. Diagnosis pneumonia/ISPA bag. bawah oleh dokter		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
2. ISPA bag. atas		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
3. Diagnosis lainnya, sebutkan		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3										
Sumber informasi:																					
1. Laporan orangtua		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
2. Rekam medis/ dokter/ perawat		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
3. Keduanya		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3										
Tanggal mulai		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /										
Tanggal berakhir		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /										
Gejala yang muncul																					
1. Demam	8. Tanda bahaya	1	8a	1	8a	1	8a	1	8a	1	8a	1	8a	1	8a	1	8a	1	8a	1	8a
2. Batuk	a. Tidak bisa menyusui	2	8b	2	8b	2	8b	2	8b	2	8b	2	8b	2	8b	2	8b	2	8b	2	8b
3. Hidung meler	b. Memuntahkan semua yang diminum	3	8c	3	8c	3	8c	3	8c	3	8c	3	8c	3	8c	3	8c	3	8c	3	8c
4. <i>Dispneu</i> /Napas cepat	c. Penurunan kesadaran	4	8d	4	8d	4	8d	4	8d	4	8d	4	8d	4	8d	4	8d	4	8d	4	8d
5. Tarikan dinding dada bawah ke dalam	d. <i>Stridor</i>	5	8e	5	8e	5	8e	5	8e	5	8e	5	8e	5	8e	5	8e	5	8e	5	8e
6. Mengi	e. Sianosis	6	9	6	9	6	9	6	9	6	9	6	9	6	9	6	9	6	9	6	9
7. Diare/ muntah		7		7		7		7		7		7		7		7		7		7	
9. Lainnya, sebutkan ...																					
Antibiotik	1. Ya 0. Tidak																				
a. <i>Cotrimoxazole</i>	f. <i>Amoxicillin</i>	a	f	a	f	a	f	a	f	a	f	a	f	a	f	a	f	a	f	a	f
b. <i>Erythromycin</i>	g. <i>Gentamycine</i>	b	g	b	g	b	g	b	g	b	g	b	g	b	g	b	g	b	g	b	g
c. <i>Cefotaxime</i>	h. <i>Amoxicillin clavulanat</i>	c	h	c	h	c	h	c	h	c	h	c	h	c	h	c	h	c	h	c	h
d. <i>Penicillin</i>	i. <i>Ceftriaxone</i>	d	i	d	i	d	i	d	i	d	i	d	i	d	i	d	i	d	i	d	i
e. <i>Ampicillin</i>	j. Lainnya, sebutkan	e	j	e	j	e	j	e	j	e	j	e	j	e	j	e	j	e	j	e	j
Antibiotik lainnya																					
Nebulisasi: <i>B2 agonist</i>	1. Ya 0. Tidak																				
Steroid	1. Ya 0. Tidak																				
Obat batuk, Nama _____	1. Ya 0. Tidak																				
Salbutamol per oral	1. Ya 0. Tidak																				
CTM	1. Ya 0. Tidak																				
Hasil akhir:																					
1. Sembuh tanpa pemberian obat		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
2. Rawat jalan, sembuh		2		2		2		2		2		2		2		2		2		2	
3. Rawat inap, sembuh		3		3		3		3		3		3		3		3		3		3	
4. Meninggal		4		4		4		4		4		4		4		4		4		4	
Catatan tambahan																					

IPADS COMMUNITY: GROWTH, FEEDING AND SUN BEHAVIOR

ID / -

MR :

Baby Name: _____

DOB / /

Variables		Age in months											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FU date		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		/ /	/ /		/ /
Current weight (in gr)													
Current length (in cms)													
Arm circumference (in cms)													
Feeding													
1. Breastfeed		1	1	1	1	1	1	1		1	1		1
2. Formula milk		2	2	2	2	2	2	2		2	2		2
3. Solid food		3	3	3	3	3	3	3		3	3		3
4. Mineral water or water-based drinks		4	4	4	4	4	4	4		4	4		4
5. Fruit juice and sugar		5	5	5	5	5	5	5		5	5		5
Vitamin D food intake													
Milk	0. None												
Red meats	1. Once/ month												
Fish	2. Once/ week												
Egg yolk	3. 2-3/week												
	4. 4-5/week												
	5. Everyday												
Do you usually take your baby outside the house under the sunlight?													
1. Yes (if yes, please mention how frequent in a weekdays/end)	Weekdays												
0. No	Weekend												
Take the baby outside the house under the sunlight													
1. Before 10.00 am	Weekdays												
2. Between 10.00 am- 4.00 pm	Weekend												
3. After 4.00 pm													
When do you usually take your baby outside the house under the sunlight?													
1. < 15 minutes	5. 3 hours	Weekdays											
2. 15-30 minutes	6. 4 hours	Weekend											
3. 31 minutes - 1hour	7. 5 hours												
4. 2 hours													
Baby wear during the time he/she was exposed to the sun:													
Sun Exposure: 1. Not exposed at all 2. <50% time exposed 3. ≥ 50% time exposed 4. Always exposed	Arms exposed	Weekdays											
		Weekend											
	Lower extremity exposed (thigh to heel)	Weekdays											
		Weekend											
Sun Protection: 1. Always 2. <50% of the time 3. ≥ 50% of the time 4. Not at all	Sunscreen usage	Weekdays											
		Weekend											
	Sunglasses usage	Weekdays											
		Weekend											
	Umbrella usage	Weekdays											
		Weekend											
Baby go to a daycare	1. Yes, at what age (in months) 2. No												
Baby's primary caregiver	1. Mother 3. Other, mention 2. Father												

IPADS - KOMUNITAS: PERTUMBUHAN, ASUPAN DAN PERILAKU BERJEMUR

ID / -

No. RM :

Nama Bayi : _____

Tgl. Lahir / /

Variabel	Usia dalam bulan											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tanggal wawancara	//	//	//	//	//	//	//		//	//		//
Berat badan saat wawancara (gram)												
Pandang badan saat wawancara (cm)												
Lingkar lengan atas saat wawancara (cm)												
Asupan												
1. Air Susu Ibu	1	1	1	1	1	1	1		1	1		1
2. Susu formula	2	2	2	2	2	2	2		2	2		2
3. Makanan padat	3	3	3	3	3	3	3		3	3		3
4. Air mineral atau minumam lainnya	4	4	4	4	4	4	4		4	4		4
5. Jus buah and gula	5	5	5	5	5	5	5		5	5		5
Asupan makanan sumber vitamin D												
Susu												
Daging merah												
Ikan												
Kuning telur												
0. Tidak pernah 1. 1x/bulan 2. 1x/minggu 3. 2-3x/minggu 4. 4-5x/minggu 5. Setiap hari												
Apakah Anda biasanya mengajak bayi Anda keluar rumah dan terpapar sinar matahari?												
1. Ya (jika Ya, seberapa sering dilakukan pada hari kerja atau akhir pekan?)	Hari kerja											
0. Tidak	Akhir pekan											
Kapankah Anda biasanya mengajak bayi Anda keluar rumah dan terpapar sinar matahari?												
1. Sebelum pukul 10.00 WIB	Hari kerja											
2. Antara pukul 10.00 dan 16.00 WIB	Akhir pekan											
3. Setelah 4.00 WIB												
Berapa lama Anda biasanya mengajak bayi Anda keluar rumah dan terpapar sinar matahari?												
1. < 15 menit	5. 3 jam											
2. 15-30 menit	6. 4 jam											
3. 31 menit - 1 jam	7. 5 jam											
4. 2 jam												
Seberapa sering bagian lengan dan kaki bayi Anda terpapar sinar matahari pada saat keluar rumah?												
Frekuensi paparan sinar matahari: 1. Tidak pernah terpapar 2. <50% dari waktu terpapar 3. ≥ 50% dari waktu terpapar 4. Selalu terpapar	Bagian lengan		Hari kerja									
	Bagian kaki (paha hingga tumit/ujung kaki)		Akhir pekan									
			Hari kerja									
			Akhir pekan									
Bagaimanakah upaya Anda melindungi bayi Anda dari paparan sinar matahari pada saat keluar rumah?												
Upaya melindungi tubuh bayi dari sinar matahari: 1. Selalu 2. <50% dari waktu terpapar 3. ≥ 50% dari waktu terpapar 4. Tidak pernah sama sekali	Penggunaan tabir surya		Hari kerja									
			Akhir pekan									
	Penggunaan kaca mata hitam		Hari kerja									
			Akhir pekan									
	Penggunaan payung		Hari kerja									
			Akhir pekan									
Apakah bayi Anda mengikuti PAUD/ Tempat penitipan anak?	1. Jika Ya, sebutkan usia dalam bulan 2. Tidak											
Pengasuh utama bayi	1. Ibu 2. Bapak 3. Lainnya, sebutkan											

STANDARDISED CLINICAL RECORD

Date of visit : / / dd/mm/yyyy
Child's name : _____
Participant's ID : / / - / I-PADS
DOB : / / dd/mm/yyyy

No. MR :
Site : PHC...../ Midwife clinic.....
Age : months/years old (circle appropriate answer)

Doctor's name : _____
Signature : _____

Instruction: Please complete this form and leave it in child's medical record in primary health care center or midwife clinic!

Main Symptom(s)	Danger Sign	Body Weight	Examination	Classification	Therapy
<input type="checkbox"/> Fever <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> day(s) ago <input type="checkbox"/> Runny nose <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> day(s) ago <input type="checkbox"/> Cough <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> day(s) ago <input type="checkbox"/> Fast breathing* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> day(s) ago <input type="checkbox"/> Wheeze <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> day(s) ago <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> day(s) ago <input type="checkbox"/> Others, _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> day(s) ago _____	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unable to drink/feed <input type="checkbox"/> Vomit everything <input type="checkbox"/> Lethargic/unconscious <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Cyanosis <input type="checkbox"/> Underweight <input type="checkbox"/> Others _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kgs <hr/> Length <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cms	Respiratory rate in 60 seconds: 1st count*: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /min 2nd count (if increases)*: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /min Chest indrawing: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not pneumonia <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Severe Pneumonia <input type="checkbox"/> Others, _____	<input type="checkbox"/> Cough medicine, mention _____ <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Oral salbutamol <input type="checkbox"/> Inhalation salbutamol <input type="checkbox"/> Steroid <input type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> ORS <input type="checkbox"/> Others, _____
Follow up plan: <input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/> Hospitalised <input type="checkbox"/> Referred		Place for follow up plan: _____		Research Assistant's name: _____ Signature: _____	

*Fast breathing criteria: ≥ 60 bpm for < 2 months age; ≥ 50 bpm for 2 – 11 months age; ≥ 40 bpm for 12 – 59 months age

LEMBAR CATATAN KLINIS STANDAR

Tanggal kunjungan : / / dd/mm/yyyy
 Nama Anak : _____
 ID peserta : / / - / I-PADS
 Tanggal lahir anak : / / dd/mm/yyyy

No. RM :
 Site : Puskesmas...../ BPM.....
 Usia : bulan/tahun (coret salah satu)

Nama Dokter : _____
 Tanda tangan : _____

Instruksi: Mohon lengkapi form ini dan lampirkan pada rekam medis anak di puskesmas/ BPM

Gejala utama	Tanda bahaya	Berat badan	Pemeriksaan	Klasifikasi	Terapi
<input type="checkbox"/> Demam, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hari yang lalu <input type="checkbox"/> Pilek <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hari yang lalu <input type="checkbox"/> Batuk <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hari yang lalu <input type="checkbox"/> Napas Cepat* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hari yang lalu <input type="checkbox"/> Mengi <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hari yang lalu <input type="checkbox"/> Diare <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hari yang lalu <input type="checkbox"/> Lainnya, _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hari yang lalu	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Tidak bisa menyusu/ makan-minum <input type="checkbox"/> Memuntahkan apapun <input type="checkbox"/> Lemah atau tidak sadarkan diri <input type="checkbox"/> Stridor dalam kondisi tenang <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Gizi Buruk <input type="checkbox"/> Lain-lain _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg <hr/> Panjang Badan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Laju Napas/ RR dalam 1 menit penuh: Hitungan 1*: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /min Hitungan 2 (jika meningkat)* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /min <hr/> Tarikan dinding dada ke dalam: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Bukan pneumonia <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Pneumonia berat <input type="checkbox"/> Lainnya, _____	<input type="checkbox"/> Obat batuk, sebutkan _____ <input type="checkbox"/> Antibiotik _____ <input type="checkbox"/> Salbutamol Oral _____ <input type="checkbox"/> Inhalation salbutamol _____ <input type="checkbox"/> Steroid _____ <input type="checkbox"/> Zinc _____ <input type="checkbox"/> ORS _____ <input type="checkbox"/> Lainnya, _____
Tindak lanjut: <input type="checkbox"/> Rawat Jalan <input type="checkbox"/> Rawat Inap <input type="checkbox"/> Rujuk		Tempat tindak lanjut: _____		Inisial tim PRO: _____ Tanda tangan tim PRO: _____	

Admin checklist : Catatan klinis Terisi lengkap sudah tercatat pada log catatan klinis disimpan dalam file peserta

Paraf Admin : _____

***Kriteria napas cepat:** ≥ 60 npm untuk usia < 2 bulan; ≥ 50 npm untuk usia 2 – 11 bulan; ≥ 40 npm untuk usia 12 – 59 bulan