

eRegistry - Matlab Trial: Post-partum Home Visit Form

Date: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Interviewers Code: <input type="text"/>	
DHIS2 ID # <input type="text"/>			
General information on participants in the eReg-Mat Trial			
Time interview started: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>			
Name of Woman: <input type="text"/>		Age: <input type="text"/> Years	
Husband's name: <input type="text"/>		Age: <input type="text"/> Years	
Address: <input type="text"/>	Village: <input type="text"/>	Union: <input type="text"/>	Upazila: <input type="text"/> 1=Matlab North 2=Matlab South <input type="text"/>
LMP: <input type="text"/>		Mobile No: <input type="text"/>	
Pregnancy outcome date: <input type="text"/>		<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> YY	
No.	QUESTIONS & FILTERS	CODING RESPONSES	SKIP
SECTION 1: MOST RECENT PREGNANCY INFORMATION			
101	Pregnancy outcome	1=Alive <input type="text"/> 2=Stillbirth <input type="text"/> 3=Abortion/miscarriage/menstrual regulation <input type="text"/>	201 <input type="text"/>
102	Mode of delivery	Child 1 1= Normal delivery 2= C- section <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Child 2 1= Normal delivery 2= C- section <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Child 3 1= Normal delivery 2= C- section <input type="text"/>	<input type="text"/>
103	What is the status of your child(ren) now?	Child 1 1= Alive 2= Dead <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Child 2 1= Alive 2= Dead <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Child 3 1= Alive 2= Dead <input type="text"/>	<input type="text"/>
104	Date of neonatal death	Child 1 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Child 2 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Child 3 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
105	Mother's current status	1= Alive <input type="text"/> 2= Dead <input type="text"/>	<input type="text"/>
106	Date of maternal death	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
SECTION 2: PREVIOUS PREGNANCY INFORMATION			
201	How many total pregnancies have you had, including live births, stillbirths, abortions, miscarriages, or those ended using menstrual regulation, including your most recent birth?	If none, record 00	<input type="text"/>
202	How many total pregnancies have you had that ended in a live birth, including your most recent birth?	If none, record 00	<input type="text"/>
203	How many total pregnancies have you had that ended in a stillbirth, including your most recent birth?	If none, record 00	<input type="text"/>
204	How many living children do you have today, including your most recent birth?	If none, record 00	<input type="text"/>
SECTION 3: RECENT PREGNANCY			
301	Now I would like to talk you about your <u>last</u> pregnancy. Did you receive check-up/antenatal care during this pregnancy?	1=Yes <input type="text"/>	<input type="text"/>
		2=No <input type="text"/>	501 <input type="text"/>
		9=Don't Remember <input type="text"/>	501 <input type="text"/>
302	How many times did you seek antenatal care during your pregnancy?	<input type="text"/> times 99= Unknown	<input type="text"/>
303	How long does it normally take to get from home to antenatal care?	<input type="text"/> hours	<input type="text"/>
		<input type="text"/> minutes	<input type="text"/>

304	Do you have your ANC card? ¹	1=Yes	If yes, enter all dates below, and probe for more	<input type="checkbox"/>	
		2=No	If no, use a calendar to estimate dates to enter below	<input type="checkbox"/>	
305	When was your first ANC visit?	Date: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
306	Whom did you see?	1= Doctors			<input type="checkbox"/>
		2= Nurse/Midwife			
		3= Family Welfare Assistant			
		4= Family Welfare Visitor			
		5= Traditional Birth Attendant			
		6= Community Health Care Provider			
		7= Health Assistant			
		8= Village Doctor			
		9= SACMO			
		10= Others (Specify)			
307	Where did you have that ANC visit? Facility: _____	1=Home			<input type="checkbox"/>
		2=H & FWC			
		3=Community Clinic			
		4=UHC			
		5=Other public facility			
		6=Other private facility			
		7= Satellite Clinic			
		8=Other (specify)			
308	When was your second ANC visit?	Date: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
309	Whom did you see?	1= Doctors			<input type="checkbox"/>
		2= Nurse/Midwife			
		3= Family Welfare Assistant			
		4= Family Welfare Visitor			
		5= Traditional Birth Attendant			
		6= Community Health Care Provider			
		7= Health Assistant			
		8= Village Doctor			
		9= SACMO			
		10= Others (Specify)			
310	Where did you have your ANC visit? Facility: _____	1=Home			<input type="checkbox"/>
		2=H & FWC			
		3=Community Clinic			
		4=UHC			
		5=Other public facility			
		6=Other private facility			
		7= Satellite Clinic			
		8=Other (specify)			
311	When was your third ANC visit?	Date: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
312	Whom did you see?	1= Doctors			<input type="checkbox"/>
		2= Nurse/Midwife			
		3= Family Welfare Assistant			
		4= Family Welfare Visitor			
		5= Traditional Birth Attendant			
		6= Community Health Care Provider			
		7= Health Assistant			
		8= Village Doctor			
		9= SACMO			
		10= Others (Specify)			

313	Where did you have your ANC visit? Facility: _____	1=Home 2=H & FWC 3=Community Clinic 4=UHC 5=Other public facility 6=Other private facility 7= Satellite Clinic 8=Other (specify)	<input type="checkbox"/>
314	When was your fourth ANC visit?	Date:	
315	Whom did you see?	1= Doctors 2= Nurse/Midwife 3= Family Welfare Assistant 4= Family Welfare Visitor 5= Traditional Birth Attendant 6= Community Health Care Provider 7= Health Assistant 8= Village Doctor 9= SACMO 10= Others (Specify)	<input type="checkbox"/>
316	Where did you have your ANC visit? Facility: _____	1=Home 2=H & FWC 3=Community Clinic 4=UHC 5=Other public facility 6=Other private facility 7= Satellite Clinic 8=Other (specify)	<input type="checkbox"/>
317	When was your fifth ANC visit?	Date:	
318	Whom did you see?	1= Doctors 2= Nurse/Midwife 3= Family Welfare Assistant 4= Family Welfare Visitor 5= Traditional Birth Attendant 6= Community Health Care Provider 7= Health Assistant 8= Village Doctor 9= SACMO 10= Others (Specify)	<input type="checkbox"/>
319	Where did you have your ANC visit? Facility: _____	1=Home 2=H & FWC 3=Community Clinic 4=UHC 5=Other public facility 6=Other private facility 7= Satellite Clinic 8=Other (specify)	<input type="checkbox"/>
320	When was your sixth ANC visit?	Date:	
321	Whom did you see?	1= Doctors 2= Nurse/Midwife 3= Family Welfare Assistant 4= Family Welfare Visitor	<input type="checkbox"/>

		5= Traditional Birth Attendant	
		6= Community Health Care Provider	
		7= Health Assistant	
		8= Village Doctor	
		9= SACMO	
		10= Others (Specify)	
322	Where did you have your ANC visit? Facility: _____	1=Home	<input type="checkbox"/>
		2=H & FWC	
		3=Community Clinic	
		4=UHC	
		5=Other public facility	
		6=Other private facility	
		7= Satellite Clinic	
		8=Other (specify)	

If there are more than 6 ANC visits, complete an additional sheet of paper.

SECTION 5: DELIVERY

Now I would like to ask you some questions about the delivery of (NAME).

501	Where did you give birth to (NAME)?	1=Home	<input type="checkbox"/>
		2=H & FWC	
		3=Community Clinic	
		4=UHC	
		5=Other public facility	
		6=Other private facility	
		7=Other (specify)	
502	Who delivered the baby?	1= Doctors	<input type="checkbox"/>
		2= Nurse/Midwife	
		3= Family Welfare Assistant	
		4= Family Welfare Visitor	
		5= Traditional Birth Attendant	
		6= Community Health Care Provider	
		7= Health Assistant	
		8= Village Doctor	
		9= SACMO	
		10= Others (Specify)	

SECTION 9: SOCIO-ECOMIC STATUS

901	Women's education	Types of institution	Years of education		
		1= School- Formal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		2= School-Nonformal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		3= Madrassah-Registered	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		4= Madrassah-Unregistered	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
902	Husband's education	Types of institution	Years of education		
		1= School- Formal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		2= School-Nonformal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		3= Madrassah-Registered	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		4= Madrassah-Unregistered	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Information on Land:

903	How much land do your household own?	Decimal	Kani	Gonda	Kora
	Homestead (including ponds & ditches)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Agricultural land	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1 Kani= Decimal	1 Gonda= Decimal	1 Kora= Decimal	

	b. How many fans does your household own?			
	c. How many mobile phones does your household own?			
	d. Do you own/use your own phone?	1=Yes	2=No	
Livestock				
908	Does your household own livestock?	1=Yes	2=No	
909	If yes, please mention type and number?	Type		Number
		1	Duck and Chicken	
		2	Goat and Sheep	
		3	Cow and Buffalo	
Latrine				
910	Do you have any latrine?	1=Yes	2=No	
911	What types of latrines are used by your household? (Write by observing)	1= Septic tank/ modern toilet 2= Ring/Slab but waste not drained out 3= Ring/Slab but waste drained out 4= Concrete latrine but waste drained out 5= Kancha (Earth) latrine (open) 6= Open/Bush 7= Others (Specify)		
Drinking Water (with in 1 year)				
912	What are the main source (most commonly used) of drinking water?	1= Deep Tubewell 2= Tubewell (Green) 3= Tubewell (red) 4= Tubewell not tested yet 5= Supply water 6= Rain water 7= Pond 8= River 9= Ditch/ canal 10= Others (specify)		
Source of Light				
913	Main source of power/ electricity?	1= Kerosine Oil 2= Electricity 3= Solar Panel 4= Generator 5= Others (specify)		
Fuel				
914	Type of fuel mainly used for cooking	1= Wood/Wood dust/Paddy Husk 2= Leaves and straw 3= Kerosine (stove) 4= Gas (line) 5= Gas (Cylinder) 6= Biogas 7= Cowdung 8= Electric (Oven/ rice cooker/ micro-oven/ grill) 9= Others		

End time: | | : | |

Edited By:

Code: | |

Entry By:

Code: | |

Date: | | | | | |

Date: | | | | | |



eRegistry - Matlab Trial: Post-partum Home Visit Form

তারিখ: |__|_|-|__|_|-|__|_|

সাক্ষাৎকারগ্রহণকারীর কোড: |__|_|

DHIS2 ID#

eReg-Mat ট্রায়াল এ অংশগ্রহণকারীদের সাধারণ তথ্য

সাক্ষাৎকার শুরু সময়: |__|_|:|__|_|

মায়ের নাম:

মায়ের বয়স: |__|_| বছর

স্বামীর নাম:

স্বামীর বয়স: |__|_| বছর

ঠিকানা:

গ্রাম-

ইউনিয়ন-

উপজেলা:

1= মতলব উত্তর 2= মতলব দক্ষিণ

গর্ভের ফলাফলের তারিখ: |__|_|-|__|_|-|__|_|

দিন মাস বছর

No.	QUESTIONS & FILTERS	CODING RESPONSES	SKIP
-----	---------------------	------------------	------

Section 1: Most recent pregnancy information (সাম্প্রতিক গর্ভাবস্থার তথ্য)

101	গর্ভের ফলাফল	1= জীবিত <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> ↓ 2=মৃত প্রসব <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> → 3=গর্ভপাত/ মাসিক নিয়মিতকরণ (MR)	201
102	প্রসবের ধরণ:	বাচ্চা-১	1= নরমাল ডেলিভারী 2= সিজারিয়ান সেকশন
		বাচ্চা-২	1= নরমাল ডেলিভারী 2= সিজারিয়ান সেকশন
		বাচ্চা-৩	1= নরমাল ডেলিভারী 2= সিজারিয়ান সেকশন
103	বাচ্চাটি এখন কি অবস্থায় আছে ?	বাচ্চা-১	1= জীবিত 2= মৃত
		বাচ্চা-২	1= জীবিত 2= মৃত
		বাচ্চা-৩	1= জীবিত 2= মৃত
104	নবজাতকের মৃত্যুর তারিখ	বাচ্চা-১	__ _ - __ _ - __ _
		বাচ্চা-২	__ _ - __ _ - __ _
		বাচ্চা-৩	__ _ - __ _ - __ _
105	মায়ের বর্তমান অবস্থা	1= জীবিত 2= মৃত	
106	মায়ের মৃত্যুর তারিখ: __ _ - __ _ - __ _		

Section 2: Previous Pregnancy Information (পূর্বের গর্ভের তথ্য)

201	বর্তমান প্রসবসহ জীবিত বাচ্চা প্রসব, মৃত বাচ্চা প্রসব, গর্ভপাত অথবা মাসিক নিয়মিতকরণের মাধ্যমে মোট কতবার আপনি গর্ভধারণ করেছিলেন?		
202	বর্তমান প্রসবসহ মোট কতবার আপনি জীবিত বাচ্চা প্রসব করেছিলেন?		
203	বর্তমান প্রসবসহ মোট কতবার আপনি মৃত বাচ্চা প্রসব করেছিলেন?		
204	সাম্প্রতিক বাচ্চাসহ বর্তমানে কতজন বাচ্চা জীবিত আছে?	যদি প্রযোজ্য না হয়, তাহলে '00' রেকর্ড করুন	

Section 3: Recent Pregnancy (সর্বশেষ গর্ভাবস্থা)

301	এখন আমি আপনার সঙ্গে শেষ গর্ভাবস্থা নিয়ে কথা বলতে চাই। আপনি কি সর্বশেষ গর্ভের সময় গর্ভকালীন সেবা (ANC) নিয়েছিলেন?	1= হ্যাঁ 2= না → 501 9= মনে নাই → 501	_ _
302	গর্ভাবস্থায় আপনি কতবার গর্ভকালীন সেবা নিয়েছিলেন?	_ _ বার 99 = জানা নেই	
303	গর্ভকালীন সেবা গ্রহণের জন্য আপনার বাসা থেকে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যেতে সাধারণত কতক্ষণ সময় প্রয়োজন	সময়ঃ _ _ ঘন্টা _ _ মিনিট	
304	আপনার কি ANC কার্ড আছে?	1= হ্যাঁ, যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কার্ড দেখে সকল তারিখ লিখুন এবং আরো আছে কি না তা অনুসন্ধান করুন 2= না, যদি না হয়, তাহলে নিচে সম্ভাব্য তারিখ বসানোর জন্য একটি ক্যালেন্ডার ব্যবহার করুন	_ _
305	আপনি প্রথম গর্ভকালীন সেবা (ANC) কখন নিয়েছিলেন?	তারিখ: _ _ - _ _ - _ _	
306	আপনি প্রথম গর্ভকালীন সেবা কার কাছ থেকে নিয়েছিলেন ?	1= Doctors 2 = Nurse/Midwife 3 = Family Welfare Assistant 4 = Family Welfare Visitor 5 = Traditional Birth Attendant 6 = Community Health Care Provider 7 = Health Assistant 8 = Village Doctor 9 = SACMO 10 = Others (Specify) _____	_ _
307	আপনি কোথায় প্রথম গর্ভকালীন সেবা নিয়েছিলেন? স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম: _____	1= বাড়িতে 2= স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র 3= কমিউনিটি ক্লিনিক 4= উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র 5= অন্যান্য সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র 6= অন্যান্য বেসরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র 7= স্যাটেলাইট ক্লিনিক 8= অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____	_ _
308	আপনি দ্বিতীয় গর্ভকালীন সেবা (ANC) কখন নিয়েছিলেন?	তারিখ: _ _ - _ _ - _ _	

309	আপনি দ্বিতীয় গর্ভকালীন সেবা কার কাছ থেকে নিয়েছিলেন?	1 = Doctors 2 = Nurse/Midwife 3 = Family Welfare Assistant 4 = Family Welfare Visitor 5 = Traditional Birth Attendant 6 = Community Health Care Provider 7 = Health Assistant 8 = Village Doctor 9 = SACMO 10 = Others (Specify) _____	
310	আপনি কোথায় দ্বিতীয় গর্ভকালীন সেবা নিয়েছিলেন? স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম: _____	1= বাড়িতে 2= স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র 3= কমিউনিটি ক্লিনিক 4= উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র 5= অন্যান্য সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র 6= অন্যান্য বেসরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র 7= স্যাটেলাইট ক্লিনিক 8= অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____	
311	আপনি তৃতীয় গর্ভকালীন সেবা (ANC) কখন নিয়েছিলেন?	তারিখ: - -	
312	আপনি তৃতীয় গর্ভকালীন সেবা কার কাছ থেকে নিয়েছিলেন?	1 = Doctors 2 = Nurse/Midwife 3 = Family Welfare Assistant 4 = Family Welfare Visitor 5 = Traditional Birth Attendant 6 = Community Health Care Provider 7 = Health Assistant 8 = Village Doctor 9 = SACMO 10 = Others (Specify) _____	
313	আপনি কোথায় তৃতীয় গর্ভকালীন সেবা নিয়েছিলেন? স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম: _____	1= বাড়িতে 2= স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র 3= কমিউনিটি ক্লিনিক 4= উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র	

		5= অন্যান্য সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র	
		6= অন্যান্য বেসরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র	
		7= স্যাটেলাইট ক্লিনিক	
		8= অন্যান্য (উল্লেখ করুন)_____	
314	আপনি চতুর্থ গর্ভকালীন সেবা (ANC) কখন নিয়েছিলেন?	তারিখ: __ _ - __ _ - __ _	
315	আপনি চতুর্থ গর্ভকালীন সেবা কার কাছ থেকে নিয়েছিলেন?	1 = Doctors	__ _
		2 = Nurse/Midwife	
		3 = Family Welfare Assistant	
		4 = Family Welfare Visitor	
		5 = Traditional Birth Attendant	
		6 = Community Health Care Provider	
		7 = Health Assistant	
		8 = Village Doctor	
		9 = SACMO	
		10 = Others (Specify) _____	
316	আপনি কোথায় চতুর্থ গর্ভকালীন সেবা নিয়েছিলেন?	1= বাড়িতে	__ _
		2= স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র	
		3= কমিউনিটি ক্লিনিক	
	স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম: _____	4= উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র	
		5= অন্যান্য সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র	
		6= অন্যান্য বেসরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র	
		7= স্যাটেলাইট ক্লিনিক	
		8= অন্যান্য (উল্লেখ করুন)_____	
317	আপনি পঞ্চম গর্ভকালীন সেবা (ANC) কখন নিয়েছিলেন?	তারিখ: __ _ - __ _ - __ _	
318	আপনি পঞ্চম গর্ভকালীন সেবা কার কাছ থেকে নিয়েছিলেন?	1 = Doctors	__ _
		2 = Nurse/Midwife	
		3 = Family Welfare Assistant	
		4 = Family Welfare Visitor	
		5 = Traditional Birth Attendant	
		6 = Community Health Care Provider	
		7 = Health Assistant	
		8 = Village Doctor	

		9 = SACMO	
		10 = Others (Specify) _____	
319	আপনি কোথায় পঞ্চম গর্ভকালীন সেবা নিয়েছিলেন? স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম: _____	1= বাড়িতে 2= স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র 3= কমিউনিটি ক্লিনিক 4= উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র 5= অন্যান্য সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র 6= অন্যান্য বেসরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র 7= স্যাটেলাইট ক্লিনিক 8= অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____	
320	আপনি ষষ্ঠ গর্ভকালীন সেবা (ANC) কখন নিয়েছিলেন?	তারিখ: - -	
321	আপনি ষষ্ঠ গর্ভকালীন সেবা কার কাছ থেকে নিয়েছিলেন?	1= Doctors 2= Nurse/Midwife 3= Family Welfare Assistant 4= Family Welfare Visitor 5= Traditional Birth Attendant 6= Community Health Care Provider 7= Health Assistant 8= Village Doctor 9= SACMO 10 = Others (Specify) _____	
322	আপনি কোথায় ষষ্ঠ গর্ভকালীন সেবা নিয়েছিলেন? স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম: _____	1= বাড়িতে 2= স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র 3= কমিউনিটি ক্লিনিক 4= উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র 5= অন্যান্য সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র 6= অন্যান্য বেসরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র 7= স্যাটেলাইট ক্লিনিক 8= অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____	
ছয়টির বেশি গর্ভকালীন সেবার ক্ষেত্রে, তথ্যসমূহ আলাদা পৃষ্ঠায় পূরণ করুন।			
Section 5: Delivery (প্রসব সেবা)			
এখন আমি আপনাকে (নাম) ডেলিভারি সম্পর্কে কিছু প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করতে চাই।			
501	আপনি কোথায় প্রসব করেছিলেন?	1= বাড়িতে 2= স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র 3= কমিউনিটি ক্লিনিক 4= উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র	

		5= অন্যান্য সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র	
		6= অন্যান্য বেসরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র	
		7= অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____	
502	প্রসব কে করিয়েছিলেন ?	1 = Doctors	_ _
		2 = Nurse/Midwife	
		3 = Family Welfare Assistant	
		4 = Family Welfare Visitor	
		5 = Traditional Birth Attendant	
		6 = Community Health Care Provider	
		7 = Health Assistant	
		8 = Village Doctor	
		9 = SACMO	
		10 = Others (Specify) _____	

Section 9: Socio-economic status (আর্থ-সামাজিক অবস্থা)

		শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের ধরণ	কত বছর পড়াশুনা করেছেন
901	মায়ের শিক্ষা :	1= আনুষ্ঠানিক স্কুল	_ _ _
		2= উপনুষ্ঠানিক স্কুল	_ _ _
		3= নিবন্ধিত মাদ্রাসা	_ _ _
		4= অনিবন্ধিত মাদ্রাসা	_ _ _
902	স্বামীর শিক্ষা :	1= আনুষ্ঠানিক স্কুল	_ _ _
		2= উপনুষ্ঠানিক স্কুল	_ _ _
		3= নিবন্ধিত মাদ্রাসা	_ _ _
		4= অনিবন্ধিত মাদ্রাসা	_ _ _

ভূমি সম্পর্কিত তথ্য:

		ডেসিমাল/শতক	কানি	গন্ডা	কড়া
903	আপনার খানায় জমির পরিমাণ কত?	_ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _
	বসত জমি (পুকুর/ডোবা সহ)	_ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _
	কৃষি জমি	_ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _	_ _ _ . _ _
			১ কানি = শতক	১ গন্ডা = শতক	১ কড়া = শতক

আয়ের উৎস:

904	a. গত ১২ মাসে আপনার খানায় আয়ের উৎস কি কি ছিল?	1. কৃষি (নিজের জমি)	
		2. কৃষি (বর্গা ফসল)	
		3. জমি/পুকুর গচ্ছিত/চুক্তিকৃত/ভাড়া দেয়া/নেয়া	
		4. দিনমজুর/রিফ্রা চালক/ভ্যান চালক	
		5. দক্ষ শ্রমিক (ড্রাইভার/কাঠমিস্ত্রি/স্যানিটারী মিস্ত্রি/ইলেকট্রিক মিস্ত্রি)	
		6. মাছ ধরে বিক্রি করে/মাছ চাষ	
		7. গবাদি পশু/হাস-মুরগী/পোল্ট্রি খামার/দুধ বিক্রি	

সকল উত্তর রেকর্ড করুন b. আয়ের প্রধান উৎস কি ছিল? i. _____ ii. _____ iii. _____ iv. _____ v. _____	8. কুটির শিল্প/হস্ত শিল্প			
	9. দর্জি			
	10. ক্ষুদ্র ব্যবসা			
	11. মাঝারী ব্যবসা			
	12. ব্যবসা (বিভিন্ন ধরনের বড় ব্যবসা)			
	13. চাকুরী			
	14. পেনশন			
	15. দেশের মধ্যে থেকে টাকা			
	16. বিদেশ থেকে টাকা			
	17. কাজের বিনিময়ে খাদ্য			
	18. বয়স্ক ভাতা/দুস্থ ভাতা/ভিজিডি ভাতা/মুক্তিযোদ্ধা ভাতা/চেয়ারম্যান/মেম্বার			
	19. বাড়ি/দোকান ভাড়া			
	20. ট্যাক্সি/টেম্পো/অটো ভাড়া থেকে আয়			
	21. নৌকা/রিক্সা/ভ্যান ভাড়া থেকে আয়			
	22. সুদের ব্যবসা			
	23. সাংবাদিক			
	24. অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____			

খাদ্য নিরাপত্তা:

905	(কিছু পরিবার সব সময় তিনবার প্রত্যেক সদস্যদের জন্য খাবার ব্যবস্থা করতে পারে না।) গত ১ বছরে আপনার পরিবারের সব সদস্যের জন্য দৈনিক তিনবেলা খাবার ব্যবস্থা করতে সক্ষম হয়েছিলেন?	1= হ্যাঁ	2= না	_____
-----	--	----------	-------	-------

বাসস্থান:

906	a. আপনার বাসায়/ঘরে কতটি কক্ষ আছে?	_____
	b. প্রধান কক্ষের দেয়াল নির্মাণে ব্যবহৃত প্রধান উপাদান কি?	উপাদান সমূহ
		1= ছন/খড়/বাঁশ, বা অন্যান্য _____
		2= মাটির তৈরি ইট, অথবা টিন/ কাঠ _____
	(পর্যবেক্ষণ করে লিখুন)	3= ইট/সিমেন্ট _____

পণ্য/সম্পদ

907	ক) আপনার পরিবারের মালিকানায় নিম্নলিখিত কি কি পণ্য বা সম্পদ রয়েছে? সকল উত্তর রেকর্ড করুন	রিক্সা / রিক্সা ভ্যান	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		অটো রিক্সা (সিএনজি / ব্যাটারী / পেট্রোল)	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		পাওয়ার টিলার (চামের)	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		পাম্প সেচ/ওয়াটার পাম্প	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		কম্পিউটার	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		সৌর প্যানেল	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		আলমারী / শোকেস	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		সোফা সেট	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		টিভি	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		মোবাইল ফোন	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		বাই-সাইকেল	1= হ্যাঁ	2= না	_____
		মোটর সাইকেল	1= হ্যাঁ	2= না	_____

		ফ্রিজ	1= হ্যাঁ	2= না	<input type="text"/>
		ফ্যান	1= হ্যাঁ	2= না	<input type="text"/>
	খ) আপনার বাড়িতে কয়টি ফ্যান আছে?			<input type="text"/>	<input type="text"/>
	গ) আপনার বাড়িতে কয়টি মোবাইল ফোন আছে?			<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ঘ) আপনার কি নিজস্ব মোবাইল ফোন আছে/ আপনার নিজস্ব ফোন কি আপনি নিজে ব্যবহার করেন?		1= হ্যাঁ	2= না	<input type="text"/>
গবাদি পশুপালন:					
908	আপনার খানায় কোন গবাদি পশু আছে?		1= হ্যাঁ	2= না	<input type="text"/>
909	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে এর ধরণ এবং নম্বর উল্লেখ করুন?			ধরণ	সংখ্যা
			1= হাঁস বা মুরগী	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			2= ছাগল বা ভেড়া	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			3= গরু বা মহিষ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
পায়খানা					
910	আপনাদের কি কোন পায়খানা / ল্যাট্রিন আছে?		1= হ্যাঁ	2= না	<input type="text"/>
911	আপনার বাড়িতে কি ধরনের পায়খানা / ল্যাট্রিন ব্যবহার করা হয়?	1= সেপ্টিক ট্যাংক / আধুনিক টয়লেট	<input type="text"/>		
		2= রিং/ স্লাব কিন্তু বর্জ্য পাইপের মাধ্যমে নিষ্কাশন হয় না	<input type="text"/>		
		3= রিং / স্লাব কিন্তু বর্জ্য পাইপের মাধ্যমে নিষ্কাশন হয়	<input type="text"/>		
		4= পাকা পায়খানা (কংক্রিট ল্যাট্রিন), কিন্তু বর্জ্য পাইপের মাধ্যমে নিষ্কাশন হয়	<input type="text"/>		
	(পর্যবেক্ষণ করে লিখুন)	5= খোলা মাটির পায়খানা (কাচা পায়খানা)	<input type="text"/>		
		6= খোলা জায়গায়/ বোপঝোড়ে	<input type="text"/>		
		7= অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____	<input type="text"/>		
পানীয় জলের উৎস: (১ বছরের মধ্যে)					
912	আপনাদের খাবার পানির প্রধান উৎস কি?	1= গভীর নলকূপ (Deep Tubewell)	<input type="text"/>		
		2= টিউবওয়েল (সবুজ)	<input type="text"/>		
		3= টিউবওয়েল (লাল)	<input type="text"/>		
		4= টিউবওয়েল (এখনো পরীক্ষা করা হয় নি)	<input type="text"/>		
		5= সাপ্লাই পানি	<input type="text"/>		
		6= বৃষ্টির পানি	<input type="text"/>		
		7= পুকুর	<input type="text"/>		
		8= নদী	<input type="text"/>		
		9= খনন / খাল	<input type="text"/>		
		10= অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____	<input type="text"/>		
আলোর উৎস					
913	আপনার বাড়িতে আলোর প্রধান উৎস কি?	1= কেরোসিন তেল	<input type="text"/>		
		2= বিদ্যুৎ	<input type="text"/>		
		3= সৌর প্যানেল	<input type="text"/>		
		4= জেনারেটর	<input type="text"/>		
		5= অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____	<input type="text"/>		

জ্বালানি			
914	রান্না করার জন্য ব্যবহৃত জ্বালানীর ধরন ব্যবহৃত জ্বালানী ক্রম অনুযায়ী লিখুনঃ	1= কাঠ/কাঠের টুকরো/ধানের তুস	<input type="text"/>
		2= পাতা এবং খড়	<input type="text"/>
		3= কেরোসিন (চুলা)	<input type="text"/>
		4= গ্যাস (লাইন)	<input type="text"/>
		5= গ্যাস (সিলিডার)	<input type="text"/>
		6= বায়োগ্যাস	<input type="text"/>
		7= গোবর	<input type="text"/>
		8= বৈদ্যুতিক (ওভেন/রাইস কুকার/মাইক্রো-ওভেন/ছিল)	<input type="text"/>
		9= অন্যান্য _____	<input type="text"/>

সাক্ষাৎকার শেষ সময়: |__|__|:|__|__|

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর নাম:

Edited By:

Code: |__|__| **Entry By:**

Code: |__|__|

Date: |__|__|-|__|__|-|__|__|

Date: |__|__|-|__|__|-|__|__|