



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR,B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone: 880-2-8811751-60, Telex : 642486 ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Choicra Dhaka

Memorandum

14 February 2005

To : Dr. Shams El Arifeen
Principal Investigator of research protocol # 99-009
Public Health Sciences Division (PHSD)

From: Professor AKM Nurul Anwar
Chairman
Ethical Review Committee (ERC)

AKM Nurul Anwar
29/2/05

Sub : Approval of the updated version of research protocol # 99-009

Thank you for your memo dated February 9, 2005 and the updated version of your research protocol # 99-009 titled "An evaluation of the health and economic impact of integrated management of childhood illness (IMCI), Matlab, Bangladesh: a randomized experimental study". The Committee observed your satisfactory addressing of issues raised by the Committee in its meeting held on January 26, 2005 in the modified version of the protocol, and accorded its approval for implementation of the research protocol. However, you would be required to observe the following terms and conditions in implementing the research protocol:

As the Principal Investigator, the ultimate responsibility for scientific, and ethical conduct including the protection of the rights and welfare of study participants vest upon you. You shall also be responsible for ensuring the competence, integrity and ethical conduct of the investigators and other staff directly involved in this research protocol.

You shall conduct the study in accordance with the ERC-approved protocol and shall fully comply with any subsequent determinations by the ERC.

You shall obtain prior approval from the Research Review Committee and the ERC for any modification in the approved research protocol and/or approved consent form(s), except in case of emergency to safeguard/eliminate apparent immediate hazards to study participants. Such changes must be immediately reported to the ERC Chairman.

You shall recruit/enroll participants for this study strictly adhering to the criteria mentioned in the research protocol.

You shall obtain legally effective informed consent (i.e. consent should be free from coercion or undue influence) from the selected study participants or their legally responsible representative, as approved in the protocol, using the approved consent form prior to their enrollment in this study. Before obtaining consent, all prospective study participants must

be adequately informed about the purpose(s) of the study, its methods and procedures, and also what would be done if they agree and also if they do not agree to participate in the study. They must be informed that their participation in the study is voluntary and that they can withdraw their participation any time without any prejudice. Signed consent forms should be preserved for a period of at least five years following official termination of the study.

You shall promptly report the occurrence of any Adverse Event or Serious Adverse Event or unanticipated problems of potential risk to study participants or others to the ERC in writing within 24 hours of such occurrences.

Any significant new findings, developing during the course of this study that might affect the risks and benefits and thus influence either participation in the study or continuation of participation should be reported in writing to the participants and the ERC.

Data/samples should be collected and interviews should be conducted, as specified in the ERC-approved protocol, and confidentiality must be maintained. Data/samples must be protected by reasonable security, safeguarding against risks such as their loss or unauthorized access, destructions, used by others, and modification or disclosure of data. Data/samples should not be disclosed, made available or use for purposes other than those specified in the protocol, and shall be preserved for a period, as specified under Centre's policies/practices.

You shall promptly and fully comply with the decision of the ERC to suspend or withdraw its approval for the research protocol.

You shall report progress of research to the ERC for continuing review of the implementation of the research protocol as stipulated in the ERC Guidelines. Relevant excerpt of ERC Guidelines and '*Annual/Completion Report for Research Protocol involving Human Subjects*' are attached for your information and guidance.

I wish you all success in running the above-mentioned study.

Copy: Director, PHSD



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR,B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone: 880-2-8811751-60, Telex : 642486, ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Cholera Dhaka

To : Professor AKM Nurul Anwar
Chairman
Ethical Review Committee

From : Shams El Arifeen
Principal investigator of research protocol #99-009
Public Health Sciences Division

Date: February 09, 2005

Subject: Response to reviews of research protocol # 99-009 titled "**An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood-Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh – a randomized experimental study**"

I appreciate and thank the Committee for reviewing the research protocol and for sending the comments. Our response to the comments follows:

- a) Since there is no 'Data Management Unit' of ICDDR,B, the investigators should clarify where data would actually be stored (Abstract Summary, page 2). There is a need of this information since the ERC might also review data.
 - All the data related with this study will be kept in the Data Management Section of Child Health Unit, PHSD, ICDDR,B. The abstract summary has been corrected (page 2).
- b) RRC Application Form: Population: Inclusion of special groups (p2): mentions only about under-five children. The study, however, involves interviewing of their mothers and other members of the family, and changes in the child feeding and caring practices as well. There are separate consent forms for these populations. Thus, inclusion of these groups needs to be reflected in the RRC Application Form.
 - We thank you for pointing this out. We have corrected the RRC Application form.

Thank you.

cc : Director, PHSD

In my view the PI has addressed both of the issues in a satisfying way.

Thanks

14/2/05

ETHICAL REVIEW COMMITTEE, ICDDR,B

Principal Investigator: Shams El Arifeen

Trainee Investigator (if any): Yes No

Protocol Number: 1 9 9 9 - 0 0 9

Supporting Agency (if Non-ICDDR,B): WHO-Geneva and USAID/Dhaka

Protocol Title:
An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study.

Project Status: _____
 New Study
 Continuation with change
 No change (do not fill out rest of the form)

Check the appropriate box to answer to each of the following (If Not Applicable write NA)

1. Source of Population: Yes No
- (a) Ill subjects
 - (b) Non-ill subjects
 - (c) Minor or persons under guardianship

5. Will Signed Consent Form be Required: Yes No
- (a) From subjects
 - (b) From parents or guardian (if subjects are minor)

2. Does the Study Involve:
- (a) Physical risk to the subjects
 - (b) Social risk
 - (c) Psychological risks to subjects
 - (d) Discomfort to subjects
 - (e) Invasion of privacy
 - (f) Disclosure of information damaging to subject or others

6. Will precautions be taken to protect anonymity of subjects

3. Does the Study Involve:
- (a) Use of records (hospital, medical, death or other)
 - (b) Use of fetal tissue or abortus
 - (c) Use of organs or body fluids

7. Check documents being submitted herewith to Committee:
- Umbrella proposal - Initially submit an with overview (all other requirements will be submitted with individual studies Protocol (Required)
 - Abstract Summary (Required)
 - Statement given or read to subjects on nature of study, risks, types of questions to be asked, and right to refuse to participate or withdraw (Required)
 - Informed consent form for subjects
 - Informed consent form for parent or guardian
 - Procedure for maintaining confidentiality
 - Questionnaire or interview schedule*

4. Are Subjects Clearly Informed About:
- (a) Nature and purposes of the study
 - (b) Procedures to be followed including alternatives used
 - (c) Physical risk
 - (d) Sensitive questions
 - (e) Benefits to be derived
 - (f) Right to refuse to participate or to withdraw from study
 - (g) Confidential handling of data
 - (h) Compensation &/or treatment where there are risks or privacy is involved in any particular procedure

- * If the final instrument is not completed prior to review, the following information should be included in the abstract summary
- 1. A description of the areas to be covered in the questionnaire or interview which could be considered either sensitive or which would constitute an invasion of privacy
 - 2. Example of the type of specific questions to be asked in the sensitive areas
 - 3. An indication as to when the questionnaire will be presented to the Committee for review

We agree to obtain approval of the Ethical Review Committee for any changes involving the rights and welfare of subjects before making such change.

Principal Investigator

Trainee

Abstract Summary for ICDDR,B Ethical Review Committee

Project Title:

An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study.

Purpose of the study, the methods and procedure to be used

The Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy has been developed by WHO and UNICEF in response to the need to address the main causes of childhood mortality in developing countries and overcome the limitations of existing disease-specific interventions. IMCI includes strategies for the integrated management of the sick child at first-level facilities, health system improvements, and improvement of community and family practices. Guidelines for the integrated case management are already available while work is ongoing on the community component.

As part of WHO's Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE), a long term study is underway to evaluate the health impact and cost-effectiveness of IMCI, when implemented in the best circumstances and using a randomized experimental design. The study is being conducted in the Matlab Upazilla excluding ICDDR,B intervention areas. Selected first-level GoB facilities of Matlab Upazilla were randomly selected for IMCI intervention or comparison. In the intervention facilities, IMCI service delivery has been made available and referral systems established. There was, however, a delay of about 1 year in initiating facility interventions due to delays in government decisions regarding starting of IMCI training in the country. A management support structure has been put in place to ensure best-possible implementation of IMCI. Based on formative research, interventions are also being implemented in the intervention catchment communities since mid-2003. These include counseling by existing GoB and NGO community-based field staff for improved child feeding and care seeking practices, communications through community meetings and local theatres, and involving village doctors in referral and avoidance of harmful practices. In the comparison facilities and their catchment areas existing government and ICDDR,B services continue.

Findings from the first 3 years of intervention indicate improvements in the quality of care in the health facilities and a more than 3-fold increase in utilization. Careseeking from trained providers for childhood illness has also improved. Improvements in coverage of community interventions have been slower. Final evaluation is now planned for 2007 based on the suggestions by the MCE Technical Advisors. The impact of IMCI on child mortality and other health indicators will be evaluated by comparing the data collected from household and demographic surveys, household health and morbidity surveys and health facility surveys with that of comparison areas.

Requirements for a subject population

Describe the requirements for a subject population and explain the rationale for using in this population special groups such as children, or groups whose ability to give voluntary informed consents may be in question

The intervention being evaluated as part of this study involves improvement of health services for under-5 children. Consequently the study only involves under-5 children, their caretakers and families.

Therefore the subject population of the surveys will be under 5 children and their caretakers. The baseline and final household and demographic surveys will be administered in

all households of the study area to collect socio-economic data to identify the poverty level of the household and to identify other modifying factors.

Potential risk

Describe and assess any potential risks – physical, psychological, social, legal or other - and assess the likelihood and seriousness of such risks. If methods of research create potential risks, describe other methods, if any, that were considered and why they will not be used.

There are no physical risks associated with participation in this study. The treatments received by the children will be the standard treatments recommended by the Government of Bangladesh. No treatment will be administered by members of the study team; rather they will be administered by Government of Bangladesh and NGO service providers. The role of the study team will be to evaluate whether the treatments are prescribed appropriately by health workers and administered appropriately by parents in the home. The only risks involved in your participation in this survey are the time of study participants.

Procedure for minimizing risk

Describe procedures for protecting against or minimizing potential risks and an assessment of their likely effectiveness.

Not applicable.

Methods for safeguarding confidentiality

Include a description of the methods for safeguarding confidentiality or protecting anonymity.

All data related with this study will be kept in the Data Management Section of Child Health Unit of ICDDR,B Dhaka, Bangladesh. The section occupies a separate space in Child Health Unit, ICDDR,B with computers for data entry and storage for the questionnaires. Access to the unit is restricted to personnel working on data entry and analysis. The head of the unit is Ms. Nazma Begum. The identity of the respondents and persons participating in the study will be kept confidential. The study forms/ records will be stored for three years after study completion in ICDDR,B head office in Dhaka under lock and key. Only project staff will have access to these forms. In addition, staff members from organizations funding this study may also review the forms.

Consent procedures

When there are potential risks to the subject, or the privacy of the individual may be involved, the investigator is required to obtain a signed informed consent statement from the subject. For minors, informed consent must be obtained from the authorized legal guardian or parents of the subject. Describe consent procedures to be followed including how and where informed consent will be obtained.

Informed verbal consent will be obtained from the respondent caretakers before the household and demographic surveys, health facility surveys and before the household health and morbidity survey including the rolling surveys. Verbal consents will also be taken before death audit/ verbal autopsy. Written consent will not be taken, as these interviews will not pose any potential risks to the respondents and subjects.

The consent forms to be used are indicated in the following table. The consent process will be verbal for the study participants who are parents/caretakers of children under five. The consent process will be verbal in accordance with other studies conducted by ICDDR,B in rural Bangladesh that have found this to be the most appropriate form of consent given the low level of formal education of most study participants and since there are no issues of risk to participants.

Method	Consent	Consent form (eng/bangla)
Demographic Household Survey	Verbal	Appendices Page 47/51
Household Health and Morbidity Survey including the Rolling Surveys	Verbal	Appendices Page 48/52
Verbal Autopsy and Death Audit Interviews	Verbal	Appendices Page 49/53
Caretaker Interview in the Health Facility Survey	Verbal	Appendices Page 50/54

Interview procedures

If study involves an interview, describe where and in what context the interview will take place. State approximate length of time required for the interview

During the baseline and final household and demographic surveys; household health and morbidity survey including the rolling surveys, interviews will be taken at the household level. Each of them will be take approximately 40 minutes. Caretaker interview in the health facility surveys will be taken at the health facility level and each of them will be take approximately 15 minutes. Death audit/verbal autopsy performed at the household level require around one hour.

Benefits

Assess the potential benefits to be gained by the individual subject as well as the benefits which may accrue to society in general as a result of the planned work. Indicate how the benefits outweigh the risks.

Under five children from the study intervention area will be benefited from improved health care service from their local health facilities if they seek care and the caretaker of the under five will receive information /messages on feeding and child care from the community health worker. Service provider and community health workers will be benefited from improved training and supervision. Information from this study will be shared with the Government of Bangladesh and non-governmental organizations. The intervention models may potentially be used by GoB and NGO programme managers within the package of essential services.

Use of records

State if the activity requires the use of records (hospital, medical, birth, death or other), organs, tissues, body fluids, the fetus or the abortus. The statement to the subject should include information specified in item 2,3,4,5(c) and 7 as well as indicating the approximate time required for participation in the activity.

The activity does not require the use of organs, tissues, body fluids, the fetus or the abortus. Records (hospital, medical, birth, death or other) will be used in the study.



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR,B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone: 880-2-8811751-60, Telex : 642486 ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Cholera Dhaka

Memorandum

18 January 2005

To : Dr. Shams El Arifeen
Principal Investigator of research protocol # 99-009
Public Health Sciences Division (PHSD)

From: David A. Sack, MD
Chairman
Research Review Committee (RRC)

Sub : Research protocol # 99-009

Thank you for your memo dated January 17, 2004 and the modified version of your research protocol # 99-009 titled "An evaluation of the health and economic impact of integrated management of childhood illness (IMCI), Matlab, Bangladesh: a randomized experimental study". The issues that were raised by the RRC in its meeting held on January 6, 2005 on your research protocol have been addressed in the modified version of the protocol to the satisfaction of the Committee. Accordingly, the Committee approved the research protocol to proceed subject to the approval of the ERC.

Terms of approval

You should notify the RRC and the ERC immediately of any serious or unexpected adverse effects on participants or unforeseen events that might affect continued acceptability of the protocol.

Any changes to the research protocol require the submission and approval of an amendment/addendum. Substantial variations may require a new protocol.

Continued approval of this protocol is dependent on your periodically updating the Centre's database for the protocol to show the progress; and a final report/completion report should be submitted at the conclusion of the protocol.

You shall submit a report for time extension of the protocol (in prescribed form) if you are unable to complete the protocol activities within the time mentioned in the protocol.

The RRC should be notified if the project is discontinued before the expected date of completion. The report form is available at the Committee Coordination Secretariat and on the Centre's intranet.

You are responsible for systematic storage and retention of the original data pertaining to the research protocol; and the ownership of data after certain period shall be determined as per Centre's rules and regulations.

I wish you all the success in conducting the research protocol.

Thank you once again.

Copy: Director, PHSD



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR, B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone: 880-2-8811751-60, Telex : 642486 ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Cholera Dhaka

To : Prof. David A. Sack
Chairman
Research Review Committee, ICDDR,B

From : Shams El Arifeen
Principal investigator of research protocol #99-009
Public Health Sciences Division

Date: January 17, 2005

Subject: Response to reviews of research protocol # 99-009 titled "An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh – a randomized experimental study"

I appreciate and thank the Committee for reviewing the research protocol and for sending the comments. Our responses to the comments follows:

- a) It is not clear how the new cadre of CHW will be recruited (p25). The qualification of the CHW and the procedure for their recruitment should be included in the protocol.
 - The minimum qualification of the CHW will have to be passing the Secondary School Certificate (SSC) exam. Previous related experience will be preferred. They will be recruited from the local areas by local advertisement followed by written test and interviews. This has been added in the protocol (page 25).
- b) How valid is the use of 2-year rates instead of annual rates in describing under 5 mortality during the HH and Morbidity surveys?
 - The two year rate is valid and is better than annual rates in this case since annual rates fluctuate too much in a small population. BDHS uses five years rates since that survey only includes ~10,000-12,000 households.
- c) The basis of choosing 2,200 under 5 children as the sample size (p26) for the final Health and Morbidity survey should be provided. The protocol should also include what system(s) will be used to identify the systematic sample. This is not clear from table page 10.
 - The basis of choosing 2,200 under 5 children for final Health and Morbidity survey is available in page 10 (last line of 2nd paragraph).
 - In the final Health and Morbidity survey, the same systematic sampling rules will be followed as in the baseline survey. A sample of 2,200 under-5

F. K. D. Arifeen
1/17/05

children was required for this survey. Based on initial numbers of under-5 children being observed in the baseline demographic survey we had estimated that we would obtain the required number of children if we took a systematic sample of every 16th child who was living in the household and was less than 5 years old on the date of visit. In case of the final survey the selection interval will be reestimated after entering the 1st month of final demographic survey data. The systematic sampling scheme was adopted to enable us to simultaneously sample from the on-going demographic survey. Sampling will be done every Sunday from the demographic data entered from the previous week. The sampling lists will be sent every week to Matlab. This has been included in page 26.

- d) The qualification of the lay data collector (p26) should be provided.
 - The lay data collector will be a non medical person whereas the other data collectors of the health facility survey are IMCI trained physicians. The qualification of the data collector will have to be a minimum of Bachelors degree and at least 1 year experience in data collection.
- e) The reference section needs to be corrected. Also the Lancet paper with the interim results should be included in the reference list.
 - We thank you for pointing this out. We have corrected the reference section.
- f) The budget section also needs some clarification; e.g. in the personnel section, some has 100% time involvement but no budget allocation, and some has no involvement but budgetary involvement has been made.
 - We have corrected the budget personnel section.

Thank you.

cc : Director, PHSD



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR,B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone: 880-2-8811751-60, Telex : 642486 ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Cholera Dhaka

Memorandum

9 January 2005

To : Dr. Shams El Arifeen
Principal Investigator of research protocol # 2005-003
Public Health Sciences Division (PHSD)

From: David A. Sack, MD
Chairman
Research Review Committee (RRC)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'David A. Sack', written over a light background.

Sub : Research protocol # 2005-003

Thank you for your research protocol # 2005-003 titled "An evaluation of the health and economic impact of integrated management of childhood illness (IMCI), Matlab, Bangladesh: a randomised experimental study", which the RRC considered in its meeting held on January 6, 2005. After review and discussion, the Committee made following observations on the research protocol:

- a) It is not clear how the new cadre of CHW will be recruited (p25). The qualification of the CHW and the procedure for their recruitment should be included in the protocol.
- b) How valid is the use of 2-year rates instead of annual rates in describing under 5 mortality during the HH and Morbidity surveys?
- c) The basis for choosing 2,200 under 5 children as the sample size (p26) for the final Health and Morbidity survey should be provided. The protocol should also include what system(s) will be used to identify the systematic sample. This is not clear from table on page 10.
- d) The qualification of the lay data collectors (p26) should be provided.
- e) The reference section needs to be corrected. Also the Lancet paper with the interim results should be included in the reference list.
- f) The budget section also needs some clarification; e.g. in the personnel section, some has 100% time involvement but no budget allocation, and some has no involvement but budgetary allocation has been made.

The Committee has agreed to allow you to use the old protocol number (i.e. # 99-009) for this phase of the study. So while submitting the modified version of the protocol addressing the above issue, you should use the old protocol number.

You are, therefore, advised to revise the research protocol addressing above issues and submit modified version of the research protocol for consideration of the RRC Chair.

Thank you once again.

Copy: Director, PHSD

RENEWAL OF PROTOCOL AFTER 5 YEARS



Centre for Health & Population Research

RRC APPLICATION FORM

**RESEARCH PROTOCOL
NUMBER: 1999-009**

FOR OFFICE USE ONLY

RRC Approval: <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Date: _____
ERC Approval: <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Date: _____
AEEC Approval: <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No	Date: _____

Project Title:

An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Short protocol title (in 50 characters): Matlab IMCI Evaluation

Theme: (Check all that apply)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Environmental Health |
| <input type="checkbox"/> Emerging and Re-emerging Infectious Diseases | <input checked="" type="checkbox"/> Health Services |
| <input type="checkbox"/> Population Dynamics | <input checked="" type="checkbox"/> Child Health |
| <input type="checkbox"/> Reproductive Health | <input type="checkbox"/> Clinical Case Management |
| <input type="checkbox"/> Vaccine evaluation | <input type="checkbox"/> Social and Behavioural Sciences |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | |

Key words: IMCI, MCE, Bangladesh, Evaluation, Child Health

Relevance of the protocol:

The on-going protocol is an evaluation of a key child health intervention that is of both national and global relevance. The study is not only serving as a pilot site for developing and testing key intervention components and tools before scaling up in Bangladesh, but is designed to evaluate the overall health and economic impact of IMCI. Experiences from the study has already fed into the 2003 Lancet Series on Child Survival resulting in a revival of interest in Child Survival.

Centre's priority:

The study addresses one of the key priority areas of the Center's strategic plan.

Programmes

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Child Health Programme | <input checked="" type="checkbox"/> Health and Family Planning Systems Programme |
| <input type="checkbox"/> Nutrition Programme | <input type="checkbox"/> Population Programme |
| <input type="checkbox"/> Programme on Infectious Diseases & Vaccine Science | <input type="checkbox"/> Reproductive Health Programme |
| <input type="checkbox"/> Poverty and Health Programme | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS Programme |

Principal Investigator: Shams El Arifeen **Division:** PHSD
(should be a Centre's staff)

Phone: 880-2-871751-60/ext #2233

Address: Head, Child Health Unit, PHSD
ICDDR,B, Mohakhali, Dhaka, Bangladesh

Email: shams@icddr.org

Co-Principal Investigator(s):
Internal

Co-Principal Investigator(s):
External
(Please provide full official address and Gender)

Co-Investigator(s):
Internal

Mohammad Yunus Scientist and Head, MHRU, PHSD
D M Emdadul Hoque Project Research Manager, CHU, PHSD
Lauren S Blum Medical Anthropologist SBSU, PHSD
Enayet K Chowdhury Research Investigator, CHU, PHSD
Rasheda Khan Senior Research Officer, SBSU, PHSD
Khadija Begum Medical Officer, CHU, PHSD
Shakil Ahmed Senior Operations Researcher, SBSU, PHSD

Co-Investigator(s):
External
(Please provide full official address and Gender)

Abdullah Hel Baqui John Hopkins University
M Mahmud Khan Tulane University
Robert E. Black Johns Hopkins University
J Patrick Vaughan London School of Hygiene and Tropical Medicine

Student Investigator/Intern:
External
(Please provide full address of educational institution and Gender)

Student Investigator/Intern:
Internal (Centre's staff)

Collaborating Institute(s):
Please provide full address

IMCI Section of DGHS, GoB
Department of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA
London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Tulane University, New Orleans, USA

Population: Inclusion of special groups (Check all that apply):

Gender

- Male
 Females

Age

- 0 – 5 years
 5 – 9 years
 10 – 19 years
 20 – 64 years
 65 +

- Pregnant Women
 Fetuses
 Prisoners
 Destitutes
 Service providers
 Cognitively Impaired
 CSW
 Others (specify _____)
 Animal

Project / study Site (Check all that apply):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dhaka Hospital | <input type="checkbox"/> Mirsarai |
| <input type="checkbox"/> Matlab Hospital | <input type="checkbox"/> Patyia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Matlab DSS area | <input type="checkbox"/> Other areas in Bangladesh _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Matlab non-DSS area | <input type="checkbox"/> Outside Bangladesh |
| <input type="checkbox"/> Mirzapur | name of country: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dhaka Community | <input type="checkbox"/> Multi centre trial |
| <input type="checkbox"/> Chakaria | (Name other countries involved) |
| <input type="checkbox"/> Abhoynagar | _____ |

Type of Study (Check all that apply):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Case Control study | <input type="checkbox"/> Cross sectional survey |
| <input checked="" type="checkbox"/> Community based trial / intervention | <input type="checkbox"/> Longitudinal Study (cohort or follow-up) |
| <input type="checkbox"/> Program Project (Umbrella) | <input type="checkbox"/> Record Review |
| <input type="checkbox"/> Secondary Data Analysis | <input type="checkbox"/> Prophylactic trial |
| <input type="checkbox"/> Clinical Trial (Hospital/Clinic) | <input type="checkbox"/> Surveillance / monitoring |
| <input type="checkbox"/> Family follow-up study | <input type="checkbox"/> Others |

Targeted Population (Check all that apply):

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> No ethnic selection (Bangladeshi) | <input type="checkbox"/> Expatriates |
| <input type="checkbox"/> Bangalee | <input type="checkbox"/> Immigrants |
| <input type="checkbox"/> Tribal groups | <input type="checkbox"/> Refugee |

Consent Process (Check all that apply):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Written | <input checked="" type="checkbox"/> Bengali language |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> English language |
| <input type="checkbox"/> None | |

Proposed Sample size:

Total sample size: ~70,000 households

Sub-group 2200 U5 children (Household & morbidity survey) 300 U5 Children (Health Facility Survey)
_____ _____

Determination of Risk: Does the Research Involve (Check all that apply):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Human exposure to radioactive agents? | <input type="checkbox"/> Human exposure to infectious agents? |
| <input type="checkbox"/> Fetal tissue or abortus? | <input type="checkbox"/> Investigational new drug |
| <input type="checkbox"/> Investigational new device? | <input type="checkbox"/> Existing data available via public archives/source |
| (specify _____) | <input type="checkbox"/> Pathological or diagnostic clinical specimen only |
| <input type="checkbox"/> Existing data available from Co-investigator | <input type="checkbox"/> Observation of public behaviour |
| | <input type="checkbox"/> New treatment regime |

Yes/No

Is the information recorded in such a manner that subjects can be identified from information provided directly or through identifiers linked to the subjects?

Does the research deal with sensitive aspects of the subject's behaviour; sexual behaviour, alcohol use or illegal conduct such as drug use?

Could the information recorded about the individual if it became known outside of the research:

a. place the subject at risk of criminal or civil liability?

b. damage the subject's financial standing, reputation or employability; social rejection, lead to stigma, divorce etc.

Do you consider this research (Check one):

greater than minimal risk

no more than minimal risk

only part of the diagnostic test

Minimal Risk is "a risk where the probability and magnitude of harm or discomfort anticipated in the proposed research are not greater in and of themselves than those ordinarily encountered in daily life or during the performance of routine physical, psychological examinations or tests. For example, the risk of drawing a small amount of blood from a healthy individual for research purposes is no greater than the risk of doing so as a part of routine physical examination".

Yes/No

Is the proposal funded?

If yes, sponsor Name: WHO-Geneva and USAID/Dhaka

Yes/No

Is the proposal being submitted for funding ?

If yes, name of funding agency: (1) _____

(2) _____

Do any of the participating investigators and/or their immediate families have an equity relationship (e.g. stockholder) with the sponsor of the project or manufacturer and/or owner of the test product or device to be studied or serve as a consultant to any of the above?

IF YES, submit a written statement of disclosure to the Executive Director.

Dates of Proposed Period of Support

(Day, Month, Year - DD/MM/YY)

Beginning date July 1999

End date December 2007

Cost Required for the Budget Period (\$)

	<u>Direct Cost</u>	<u>Indirect Cost</u>	<u>Total Cost</u>
Year-1	195,021	5,697	200,718
Year-2	193,284	6,713	199,997
Year-3	246,366	36,204	282,570
Year-4	347,433	52,771	400,204
Year-5	412,336	55,164	467,500
Year-6	443,584	4,542	448,126
Year-7	477,095	4,769	481,864
Year-8	193,965	3,060	197,025
TOTAL:	2,509,084	168,920	2,678,004

Approval of the Project by the Division Director of the Applicant

The above-mentioned project has been discussed and reviewed at the Division level as well by the external reviewers. The protocol has been revised according to the reviewer's comments and is approved.

Abbas Bhuji All Din
 Name of the Division Director Signature

30/12/04
 Date of Approval

Certification by the Principal Investigator

I certify that the statements herein are true, complete and accurate to the best of my knowledge. I am aware that any false, fictitious, or fraudulent statements or claims may subject me to criminal, civil, or administrative penalties. I agree to accept responsibility for the scientific conduct of the project and to provide the required progress reports if a grant is awarded as a result of this application.

Signature of PI [Signature]
 Date: 30/12/2004
 Name of Contact Person (if applicable)

**An evaluation of the health and economic impact of Integrated
Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh
- a randomized experimental study**

Updated Research Protocol for Renewal After 5 Years

RESEARCH PROTOCOL NUMBER: 1999-009

Table of Contents

	Page Numbers
Face Page.....	1
Project Summary	3
Description of the Research Project	5
Hypothesis to be Tested	5
Specific Aims.....	5
Background of the Project Including Preliminary Observations.....	6
Research Design and Methods.....	9
Intervention Description and Progress	11
Impact Evaluation and Progress.....	21
Future Plans (2005 -2007)	25
Facilities Available	28
Data Analysis.....	28
Ethical Assurance for Protection of Human Rights	29
Use of Animals	29
Literature Cited.....	30
Dissemination and Use of Findings	32
Collaborative Arrangements	32
Detailed Budget	33
Appendices	36
Health Facility Survey Sampling Issues.....	37
Consent Forms in English	47
Consent Forms in Bangla	51
Annex	
Baseline Survey Report	
Publication in Lancet	

Principal Investigator (last, first, middle): **Arifeen, Shams, El**

PROJECT SUMMARY:

Principal Investigator Shams El Arifeen

Project Name An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Total Budget: \$2,678,004

Beginning Date July 1999

Ending Date Dec 2007

Updated Summary

The Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy has been developed by WHO and UNICEF in response to the need to address the main causes of childhood mortality in developing countries and overcome the limitations of existing disease-specific interventions. IMCI includes strategies for the integrated management of the sick child at first-level facilities, health system improvements, and improvement of community and family practices. Guidelines for the integrated case management is already available while work is ongoing on the community component.

As part of WHO's Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE), a long term study is underway to evaluate the health impact and cost-effectiveness of IMCI, when implemented in the best circumstances and using a randomized experimental design. The study is being conducted in the Matlab Upazilla excluding ICDDR,B intervention areas. Selected first-level GoB facilities of Matlab Upazilla were randomly selected for IMCI intervention or comparison. In the intervention facilities, IMCI service delivery has been made available and referral systems established. There was, however, a delay of about 1 year in initiating facility interventions due to delays in government decisions regarding starting of IMCI training in the country. A management support structure has been put in place to ensure best-possible implementation of IMCI. Based on formative research, interventions are also being implemented in the intervention catchment communities since mid-2003. These include counseling by existing GoB and NGO community-based field staff for improved child feeding and care seeking practices, communications through community meetings and local theatres, and involving village doctors in referral and avoidance of harmful practices. In the comparison facilities and their catchment areas existing government and ICDDR,B services continue.

Findings from the first 3 years of intervention indicate improvements in the quality of care in the health facilities and a more than 3-fold increase in utilization. Careseeking from trained providers for childhood illness has also improved. Improvements in coverage of community interventions have been slower. Final evaluation is now planned for 2007 based on the suggestions by the MCE Technical Advisors. The impact of IMCI on child mortality and other health indicators will be evaluated by comparing with the comparison areas.

Principal Investigator (last, first, middle): **Arifeen, Shams, El**

KEY PERSONNEL (List names of all investigators including PI and their respective specialties)

<u>Name</u>	<u>Professional Discipline / Specialty</u>	<u>Role in the Project</u>
1. Shams El Arifeen	Epidemiologist (CHU, PHSD)	Princ. Investigator
2. Abdullah Hel Baqui	John Hopkins University	Co-Investigator
3. Mohammad Yunus	Scientist and Head, MHRU, PHSD	Co-Investigator
4. M Mahmud Khan	Tulane University	Co-Investigator
5. Robert E. Black	Epidemiologist (Chairman, DIH, JHUSPH)	Co-Investigator
6. J Patrick Vaughan	Professor (LSH&TM)	Co-Investigator
7. D M Emdadul Hoque	Project Research Manager, (CHU, PHSD)	Co-Investigator
8. Lauren S Blum	Medical Anthropologist (SBSU, PHSD)	Co-Investigator
9. Enayet K Chowdhury	Research Investigator, (CHU, PHSD)	Co-Investigator
10. Rasheda Khan	Senior Research Officer, (SBSU, PHSD)	Co-Investigator
11. Khadija Begum	Medical Officer, (CHU, PHSD)	Co-Investigator
12. Shakil Ahmed	Senior Operations Researcher (SBCU,PHSD)	Co-Investigator

DESCRIPTION OF THE RESEARCH PROJECT

Hypothesis to be Tested:

Child health interventions delivered as IMCI will achieve greater improvements in health status and be more cost-effective than when reliance is placed on similar, but vertically organized health programmes.

Scientific basis:

The "health services" component of IMCI has been designed to ensure more accurate identification and diagnosis of illnesses, more appropriate and combined treatment of major illnesses, effective counseling of caretakers and rapid onward referral of those children with severe illness. These efforts should reduce case-fatality and thus impact on child mortality. Improved growth and reduced morbidity should result from implementing the nutritional sub-component. Health workers are expected to communicate key health messages effectively to caretakers and thus improve child care practices by families. IMCI aims to improve horizontal integration, save on scarce resources, and reduce human and financial overlaps between different vertical programmes. In achieving more coordination and reducing duplication IMCI is expected to improve efficiency of the health system. Thus IMCI aims to improve both childhood health status and be a more efficient form of health care.

Specific Aims:

1. To determine the impact of IMCI implemented in first-level health facilities, in association with a community-based intervention, in terms of changes in health status, including mortality and nutritional status outcomes.
2. To monitor quality, coverage and utilization of IMCI services, client satisfaction, and family and community practices related to IMCI.
3. To determine the costs of optimal implementation of IMCI.
4. To determine the direct and indirect economic effects of implementing IMCI.
5. To document the process of implementation of IMCI and determine the inputs required for optimal implementation.

Background of the Project Including Preliminary Observations

1. Childhood morbidity and mortality

Every year about 10 million children in developing countries die before reaching their fifth birthday, many during the first year of life (Black 2003). Seven in ten of these deaths are due to just five preventable and treatable conditions: pneumonia, diarrhoea, malaria, measles, and malnutrition, and often to a combination of these conditions. In addition, at least three out of four episodes of childhood illnesses are caused by one or more of these five conditions.

In recent decades, major progresses has been made in reducing childhood mortality and morbidity through universal childhood immunization, control of diarrhoea diseases and acute respiratory infections, nutrition programmes and through implementation of other disease-specific primary health care activities. Guidelines based on simple signs and symptoms have been effectively used by primary care workers in the diagnosis and treatment of diarrhoea and ARI (Richards, 1993; Sazawal, 1992). However, there were no well established guidelines for other common conditions and the disease-specific algorithms were not very appropriate for diseases with overlapping clinical presentations or for children sick with multiple conditions (Redd, 1992; Falade, 1995).

In response to the realization of these limitations of existing disease-specific approaches, WHO and UNICEF started the development of a strategy for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) (Gove, 1997). It was decided initially to focus on improving care at first level health facilities, where millions of sick children arrived everyday for treatment. Development of a set of generic guidelines for illness management at this level was completed and use of these guidelines started in selected countries in 1996. The next stage has been the development of home care strategies for disease prevention and health promotion, as well as the strengthening of infrastructure support (World Health Organization, 1997a, 1997b).

Under-five mortality remains high in Bangladesh at 85/1,000 live births, despite declines over the past decade (NIPORT 2003). Pneumonia, diarrhoea, malnutrition and measles account for over half (52%) of these deaths (Baqui 2001). In 1998, the Government of Bangladesh (GOB) adopted integrated management of childhood illness (IMCI) as a key child health strategy to reduce these deaths and improve child health and development.

The IMCI strategy was designed to include coordinated activities within three components: (1) improving health worker skills; (2) improving community practices related to child health and development; and (3) strengthening health system supports for child health activities (Tulloch 1999). IMCI has been introduced in over 100 countries (<http://www.who.int/child-adolescent-health>), but evaluations of IMCI effectiveness in four countries (Brazil, Peru, Tanzania and Uganda) found significant obstacles to achieving and sustaining high coverage (Bryce 2004). Although training health workers in IMCI case management has been shown to lead to significant performance improvements in a variety of settings (Gouws-in press, Schellenberg 2004) national training coverage has stagnated at less than 10% in most countries due to insufficient investment and to health system constraints (Victora – in preparation). In many countries, only the health worker training component of IMCI was implemented, without complementary efforts to improve careseeking and other family practices or concrete activities designed to strengthen the health system (Victora – in

preparation). For example, in Peru, activities to strengthen family practices were mostly implemented in districts other than those where strong programs of IMCI case management training had occurred (Huicho-in press). There is now widespread recognition that IMCI is unlikely to result in improvements in child survival unless facility-based training activities are accompanied by effective efforts to strengthen health systems and reach children and mothers in the community. Sustained improvements in health services (particularly child health services) can occur only in the context of appropriate political structures and policies.

2. Multi-Country Evaluation of IMCI (MCE)

The Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE) is designed to determine whether IMCI has a significant impact on improving child health and is cost-effective. It is designed also to help determine the best ways of delivering child health interventions. The Bill & Melinda Gates Foundation is working with the World Health Organization, Ministries of Health and technical assistance partners to support the global evaluation of IMCI. The evaluation does not focus on specific drugs or treatments; it looks at what happens when the strategy is implemented at district level in a developing country. The Multi-Country Evaluation of IMCI effectiveness, cost and impact, or MCE, seeks to provide information to Ministries of Health and technical assistance partners about the barriers to IMCI implementation at ground level, the effects it has on health services and communities, how much it costs, and how many lives it can save. A special focus is to improve the strategy in ways that will help countries achieve full coverage.

The MCE is under way in five countries: Bangladesh, Brazil, Peru, Tanzania, and Uganda. The early results of the evaluation have already been used at all levels to improve the delivery of child health services in developing countries. A paper, *The Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact*, in the American Journal of Public Health in March 2004, gives a more complete description of the MCE conceptual framework and factors considered in the selection of countries.

MCE is based on an impact model describing how the introduction of the IMCI strategy was expected to reduce child mortality and improve child health and development. Computer simulations based on this model were carried out early in the development of IMCI, and demonstrated the need to improve key family-behaviour, especially care-seeking, for IMCI to achieve its full impact. On the basis of this impact model, advisers and technical staff developed indicators and data-collection tools. The impact model is now widely used as a basis for presenting IMCI in programmatic contexts as well as to guide the presentation and interpretation of MCE results.

The MCE is not a standard multi-centre study using identical design in all sites. Instead, it employs a set of compatible designs, based on the stage of IMCI implementation in each country and on local characteristics. The generic steps in the evaluation are: 1) Collect baseline data on impact indicators and costs; 2) Begin IMCI implementation; 3) Ensure that implementation is adequate; 4) Wait two or more years for impact to become measurable, while providing feedback at all levels; 5) Collect and analyze outcome, cost and impact data; and 6) use the evaluation results to improve child health programmes. In Bangladesh, the MCE is fully prospective – that is, the evaluation was undertaken before IMCI was introduced. In the other MCE sites, IMCI was already being implemented prior to the evaluation, and the MCE therefore relies on a combination of prospective and retrospective

Principal Investigator (last, first, middle): **Arifeen, Shams, El**

data-collection tools. A full description of the MCE design is available at http://www.who.int/imci-mce/Publications/IMCI_Design.pdf

Bangladesh provided a natural opportunity to add a fifth country to the multi-country evaluation of IMCI in which the impact of IMCI could be evaluated under close-to-ideal conditions. The evaluation was planned and is being carried out through active collaboration between the Government of Bangladesh (GOB), the International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B), and the World Health Organization. The overall aim is to assess the health and economic impact of IMCI under conditions where all three components of IMCI are implemented concurrently in a population at high levels of quality and coverage.

3. Proposal

This revised and updated proposal is for approval of continuation of the study till December 2007 to evaluate the impact of IMCI.

Research Design and Methods

1. Overall Study Design

A two-cell randomized design has been adopted for implementing and evaluating IMCI in Matlab. Selected facilities of Matlab Upazilla, along with their catchment areas were first paired according to facility type, geographical location, baseline child mortality rates and catchment population size. One facility-catchment unit in each of the 10 pairs was randomly selected for either IMCI or comparison. In the intervention facilities (and catchment), IMCI service delivery has been made available through GoB first-level health facilities and referral systems has been established. A management support structure has put in place to ensure best-possible implementation of IMCI. All other on-going ICDDR,B and GoB programmes are continuing in these areas. In the comparison facilities (and catchment) existing government and ICDDR,B services are also being continued. Intensive community education interventions are being implemented in the intervention catchment communities for improved home care and care-seeking. IMCI will be introduced in the comparison facilities at the end of the project. The catchment population of each of these facilities is about 16,000 and form the sample for the impact assessment.

2. Project Organization

Since most of the facilities covered by the intervention are government operated, it is critical that the government take a lead responsibility in the implementation and support of the intervention and that there be excellent coordination. Matlab was included by the government as one of the first three pilot implementation sites and the evaluation was included in Annual Operational Plans of GoB's Health Sector Programme. ICDDR,B is represented in the National IMCI Steering Committee, the National Core Committee and the National IMCI Working Group. However, the primary coordination mechanism between ICDDR,B and GoB is an informal working group consisting of the GoB IMCI Programme Manager and Medical Officer and ICDDR,B Principle Investigator and Project Manager. This group meets as needed, sometimes every week, and discusses and reviews all implementation issues in Matlab. A local implementation committee has been formed in Matlab consisting of both GoB and ICDDR,B members.

The Project is being implemented by a project team under the guidance of the Principle Investigator (PI). A mid-level experienced project manager, a research investigator responsible for monitoring and a medical officer responsible for training are assisting the PI in the implementation of the project and is responsible for the routine management of the intervention, training of clinical staff, post-training follow-up, and supervision and monitoring of the intervention. The project manager works with the Chandpur District and Matlab GoB Upazilla Managers to ensure smooth project operations. Two medical officers have been recruited and are based in Matlab to supervise IMCI activities. Another ICDDR,B manager based in Matlab has overseeing all community-based activities.

3. Sample Size and Randomization

Since the unit of randomization is the facility and its catchment area, sample size calculations were carried out to determine the number of facilities necessary for detecting expected declines in under-5 mortality/1,000 live births. We expect a 20% decline in the under-5 mortality due to IMCI. Sample size calculations were done based on an estimated under-5 mortality of 93.5 per 1,000 live births. Standard sample size formulas for a difference in means was used considering each facility and its catchment area as one unit and assuming the measure of under-5 mortality in that area to be from a normal distribution. The estimation was done iteratively based on the t-distribution, significance level of 5% and 90% power, and assuming 20% lower under-5 mortality in the comparison area and a standard deviation of 9.0 (standard deviation based on HDSS data). The t-distribution was used instead of the normal distribution as we expected a small sample size. The final calculations indicated a need for 6.16 units in each group. These calculations used $\alpha=2.26$ and $\beta=1.38$ from the t-distribution for 9 degrees of freedom. Degrees of freedom= $n-\{(s-1)+m+t\}$, where $n=14$ (total units), $s=4$ (number of strata), $m=1$ (mean effect), and $t=1$ (treatment effect). We increased the sample size estimate by 1.5 times to account for any inaccuracy in the standard deviation estimate. We thus needed at least 10 units in each group.

The estimated sample will not be adequate for cause-specific mortality. Sample size estimates for the household survey-based indicators, e.g., morbidity related care-seeking, infant feeding practices, nutritional status, and immunization coverage are presented in the following table. Assuming a design effect of 1.75, and a refusal of 10%, the total number of households (intervention plus comparison) with a under-5 child needed to be surveyed for the special module is about 4,822 (based on the largest sample size in the table). The maximum total sample required is 2,208 for the non-feeding indicators.

Table: Sample size estimates for special module indicators (5% significance and 90% power)

Indicator	Expected level in		Sample Size per Group	
	Comparison areas	Interv. areas	In specific category	# of <5 children ^a
% of sick <5 years old children seeking appropriate care	30%	60%	56	560 ¹
% of 0-5 months old children exclusively breastfed	50%	70%	124	1,240 ²
% of 6-11 months old children receiving breastmilk and complementary foods	60%	80%	108	1,080 ²
Mean weight-for-age z-score among <5 years old children	-2.00	-1.75	336	336
% of 12-23 months old children receiving measles vaccine before 12 months of age	60%	80%	108	568 ³

^aNumber of under-5 children needed to be visited to ensure adequate numbers in specific category (sick, age group)

¹Conservatively assuming that 10% of under-5 children will have a illness (in the previous 2 weeks) needing facility care

²Assuming that 10% of under-5 children will be 0-5 and 6-11 months old

³Assuming that 19% of under-5 children will be 12-23 months old

The appendix provides the details of the sample size calculations for the health facility surveys. Based on this, we are enrolling an average of 15 sick children from each of the facilities resulting in 150 sick children in the IMCI and in the comparison facilities.

Randomization of Facilities and Catchment Areas

The objective of randomization was to randomly assign 20 facilities and their catchment areas to either IMCI or comparison and ensuring balance in terms of number of facilities (10 each), facility type, geographical distribution, baseline mortality levels and catchment population size. The sampling units were first paired according to facility type, geographical location, baseline child mortality rates and catchment population size. We paired nearby units with similar mortality levels and reasonably similar population sizes (10 pairs). Since nutritional status (WAZ) did not vary, we did not use this information for pairing. Matching of geographical location was done to ensure that we had good distribution of IMCI and comparison units over the study area. In the final step, one unit in each of the 10 pairs was randomly selected for either IMCI or comparison. Following randomization, the mean of baseline child mortality rates in the IMCI group of units was 68.1 per 1,000 live-births (69.5, if weighted by population size), and in the comparison group the rate was 74.0 per 1,000 live-births (72.7, if weighted by population size). The randomization was done under the technical guidance of Cesar Victora and Jennifer Bryce with additional inputs from Saul Morris.

4. Intervention Description and Progress

The IMCI intervention as implemented in Matlab covers all three generic IMCI components:

- a. Improving case management skills of health-care staff
- b. Improving overall health systems
- c. Improving family and community health practices

All activities implemented were in consultation with and with the approval of the IMCI Section of DGHS. These activities were selected to ensure minimum adequate coverage of all components and are described below.

a. Improving case management skills of health-care staff :

- Staff training:

The generic WHO IMCI guidelines were adapted for Bangladesh and the process was completed by the government by February 2000. The ICDDR,B team contributed significantly to this process. The adapted guidelines were used in Matlab and other pilot upazillas to train health care providers.

Medical Assistants and Family Welfare Visitors working in the facilities randomized to IMCI intervention received IMCI training from November 28 to December 10, 2001. Eleven staff (about one from each facility) from the ten selected first-level facilities in Matlab were trained in a Bangla language 11-day IMCI clinical course jointly organized by the government and ICDDR,B and with

facilitators from the government and ICDDR,B. In order to achieve and sustain the target of having all 10 intervention facilities with at least 60% workers trained in IMCI, additional staff from the facilities were trained in subsequent training courses organized by the government, sometimes with ICDDR,B assistance. Selected staff (doctors, nurses and paramedics) from the two referral hospitals at Matlab (GoB and ICDDR,B hospitals) were also trained in IMCI. In 2002, a follow-up after training was organized with support from the government and WHO. From Matlab 3 doctors were trained in “follow-up after training”. In 2003 another ICDDR,B doctor from Matlab was trained in “follow-up after training”.

Technical review sessions are organized as part of the routine management meetings which are now generally held once a month by the GoB Upazilla Managers. These sessions have been useful in addressing common or persistent problems with staff performance and quality of service.

Current Status of Training Staff on IMCI	
Number of IMCI intervention facilities:	10
Number of Health Worker Posts (paramedics):	21
Number of Health Workers in position:	18
Number of Health Workers trained in IMCI:	17 [2 trained person transferred outside Matlab and 1 trained person transferred to comparison area facility, total trained 21]

b. Improving the overall health system :

Activities have been implemented to improve the availability of drugs and supplies, strengthen the service quality and organization at health facilities, and reinforce referral services.

- Drug supply and other logistics:

At the commencement of the study, between January-April 2002, the study team worked on establishing systems for the supply of drugs to the IMCI facilities, monitoring of drug usage and storage, improved forms/registers for record keeping and reporting. Supply of drugs and other materials as recommended in the National guidelines has been ensured at the intervention facilities. The necessary supplies were procured with project funds. They are being supplied directly to the facilities by ICDDR,B for IMCI use only – under agreement with the government. We have worked with the facility staff in developing systems for the storage and dispensation of these drugs. Stock ledgers (drug register) and dispensing forms (envelop, sticker) have been developed and supplied. The project team is monitoring utilization, especially drug leakage. Facility staff use an indent form to request for additional supplies.

- Record keeping and reporting:

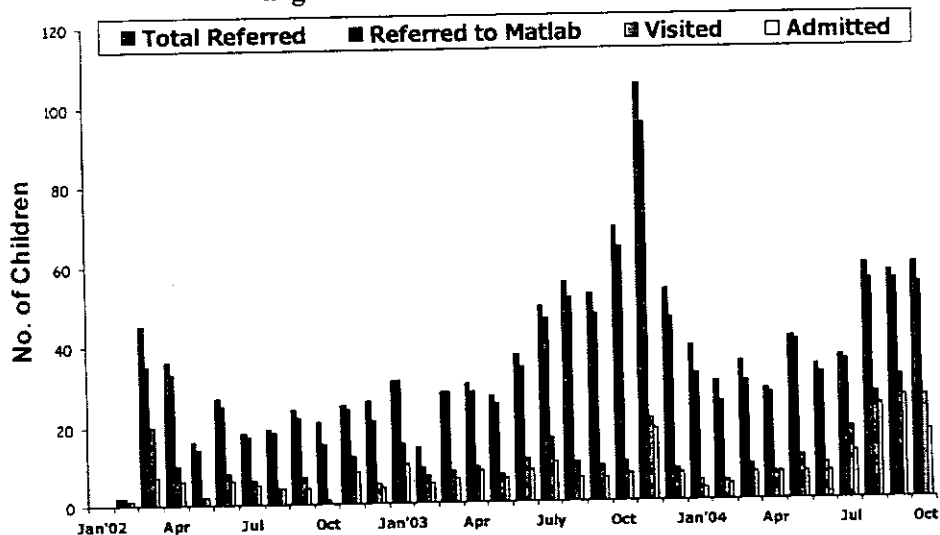
A simple record keeping and reporting system, which include the IMCI case recording forms and registers, have been designed and introduced in the facilities. The IMCI case recording forms assist the service providers in conducting a comprehensive assessment of the sick child. The register has space to record identification and address of the sick child, presenting complaints, signs and

symptoms on assessment, diagnosis, treatment, advice and referral. The registers and recording forms assist visiting supervisors in monitoring quality of services, discuss patient management practices with providers and reinforce appropriate skills.

- **Referral:**

The ICDDR,B hospital, and the GoB Upazilla Health Complex in Matlab serve as the referral facilities. Referral slips have been developed and are being used to refer patients for IMCI-related conditions to the referral facilities. The project team uses the referral slips to track successful referral. We trained 5 Nurses and 2 Medical Assistants of the GoB Upazilla Health Complex on IMCI to strengthen referral care. Physicians from both the referral hospitals have also been trained in IMCI. We assisted in implementing a government decision to establish a child health corner for under-5 children at the Upazilla Health Complex. We are also tracking all under-5 attendances in the out-patient and in-patient departments of the two referral facilities in terms of reasons for attending, residence (IMCI or comparison), source of referral (if any), and number days of hospital stay (if any). The figure below shows monthly data on number of children referred from the IMCI facilities, number referred to the Matlab referral hospitals, number of referred children actually visiting these facilities and the number finally admitted.

Figure : Referral from IMCI Facilities



In order to understand some of the factors associated with the low referral compliance, which varied around 20-30%, we extracted data on signs and symptoms of all referred children during January-March 2004 from health facility records. Only about 8% of the referred children had danger signs. We approached the government and following further consultations, a revised set of referral guidelines was developed by the IMCI Section of DGHS for trial implementation in Matlab. The revised guideline introduced standardized messages to be given to the caretakers at the time of referral and improved procedures for intake, triage and care at the referral facility. Most critically, referral was only made mandatory if the child had danger signs, neck rigidity or fever for more than 7 days. All other severe cases are to be treated at the first-level facility with oral antibiotics with

follow-up by community-based workers. The revised guidelines were introduced during May-August 2004. In the 3rd quarter of 2004, referral compliance had increased to 50% and overall treatment rate of severe cases seeking care at first-level facilities had increased to 80% from 18% in the first quarter of 2004.

- **Monitoring and supervision:**

Supervision and monitoring of the intervention facilities is intensive and is often jointly conducted by GoB and ICDDR,B staff. This is done to strengthen the service quality and organization at health facilities. One of the GoB Medical Officers already in position in Matlab has been designated for IMCI. ICDDR,B has recruited two physicians for the supervision of IMCI. All three physicians have been trained in IMCI as well as follow-up after training which assists them in their supervisory role. Facilities are visited at least once a month. Supervisory forms based on the generic "follow-up after training" forms have been developed. During the supervisory visits, the supervisors stay for 1-3 hours reviewing the previous case recording forms, observing case management and providing feedback. Existing supervisory systems has been continued in the facilities in the comparison areas. Problems identified in the field by the team are immediately informed to the project manager and the GoB Upazilla Manager who then take immediate corrective action.

- **Facility Improvement:**

Funds from the project were used for the essential repair of 5 facilities. Essential furniture was provided to all ten facilities. In one location, as agreed by the government, a temporary space was rented for workers who had previously only being conducting outreach sessions for lack of a permanent facility. We have also provided assistance in ensuring electric supply in one facility and in 3 other facilities ensuring clean water supply. We also worked with the GoB for ensuring drinking water supply to each of the facilities in Matlab. We also provided essential furniture to the child health corner and inpatient ward (children) of Matlab Upazilla Health Complex. Similar support will continue as needed.

- **Availability of staff in facilities:**

We had some problems with retaining staff in the IMCI facilities in early 2002. Although workers were available in all IMCI facilities from September 2002 but on an average 2 facilities out of 10 always remain non-functional due to the provider either being transferred or sick or on leave. So with GoB approval, we recruited two paramedics in June 2003 and after providing them with IMCI training they were placed in 2 different intervention facilities in Matlab at the end of June 2003.

c. Improving family and community health care practices:

The purpose of activities in this component of IMCI is to initiate, reinforce and sustain healthy practices of the families and communities that are important for survival, growth and development of the children.

The community-based activities in Matlab were selected, designed and initiated based upon the realization that a facility-based strategy would not reach the significant portion of the population that did not have access to or who choose not to use a health facility. It

was widely recognized that improving the quality of care at health facilities alone would not, by itself, be effective in realizing significant reduction of child mortality and morbidity. The first and second components of IMCI would only succeed if care-seeking behaviours at family and community level were appropriate and the services were utilized.

As part of the process of developing and introducing community-IMCI activities, the project team along with the government organized a planning workshop in July 2002 to:

- Reach a common understanding about the component 'Improving family and community practices' of the IMCI strategy
- Select the key practices that have a major impact on childhood mortality in Bangladesh
- Identify the steps to be taken in intervention design
- Develop a plan of action for designing the interventions

In the workshop the participants went through a VIPP exercise to identify priority areas of intervention. Three main clusters were identified for future intervention, namely:

- Improving care seeking practices
- Improving infant and young child feeding practices
- Improving newborn care

GoB and UNICEF then organized a follow-on workshop on Nov 19-20, 2002 to start the process of developing a National Strategy for community-IMCI (C-IMCI). A National Strategy has now been developed and approved by the government and has the following two strategic options i) improving access to community-based services and ii) improving family and community behaviour and practices to address five priority areas: careseeking for childhood illness, nutrition and feeding, new-born care, child development, and prevention of deaths from drowning.

Formative research

In order to improve our understanding of childcare and careseeking practices for the sick child, formative research was conducted over an eight-month period. The study was designed to identify factors that may be targeted through a behavioural change intervention strategy and included the following objectives:

- 1) To examine common beliefs and practices associated with feeding young children
- 2) To identify local illness terminologies, perceived signs and symptoms and causal explanations linked to childhood illnesses, with a focus on ARI
- 3) To delineate health seeking practices during ARI episodes
- 4) To provide a diverse set of culturally relevant messages designed to offer appropriate and feasible solutions to problems mothers face related to childcare and careseeking practices

The study design included a variety of methods such as key informant interviews, open-ended interviews with primary caretakers of young children, household observations of caring practices free listing and rating exercises, hypothetical case scenarios and

detailed accounts of self-treatment and sequences of health seeking behaviours from confirmed pneumonia cases. Research findings illuminated a set of common problems and potentially harmful practices related to childcare that may negatively affect the health and nutritional status of the young child.

Results from the study on feeding practices elucidate the common perception of insufficient breast milk, resulting in a tendency to introduce complementary foods at a dangerously early age in the child's life. At the same time, care providers follow a passive approach to feeding the young child, providing foods only when the young child shows interest or is willing to eat and allowing even infants to control the amount of food consumed. A focus in the behavioural change strategy is on modifying feeding styles such as using innovative methods to encourage the young child to eat, keeping the child stationary during feeding and ensuring that the child is served a separate portion. For children over 12 months, efforts are being made to improve the quality of in-between meal snacks.

In regard to the research on management of ARI, causal interpretations for acute respiratory illnesses are frequently linked to the mother's behaviour. Explanations commonly relate to humoral belief theories involving consumption of foods that possess cooling properties or over exposure to cold substances, causing the child to contract what is locally perceived as a "cold" condition. In fear of being blamed for poor caring practices, mothers are reluctant to share the illness with other family members until the child's condition becomes dire, ultimately prolonging the administration of potentially harmful home remedies, such as the application of kerosene, and delaying careseeking. The findings also illuminate distinct differences in careseeking patterns, which vary according to the child's age and associated etiologic understandings of the condition and appropriate therapeutic measures.

Positive practices or alternative approaches to providing care for the young children were identified and a corresponding set of messages to deliver to mothers and other family members was developed. The messages were then tested in an extensive field trial to assess acceptability and feasibility in the community and a problem solving guidebook was developed. The guidebook is designed for community health workers to use during one-on-one counselling sessions with care providers of young children. One-on-one counselling is the core component of the C-IMCI intervention.

Community-IMCI intervention activities:

Based on the discussions and decisions in the July and November 2002 workshops, and the findings from the baseline surveys and formative research a revised Community-IMCI (C-IMCI) intervention plan was formulated for implementation in Matlab. There are 4 specific activities in the intervention package:

1. Advertizing the IMCI facilities:

In November and December, 2002, 127 Community Nutrition Promoters (CNP), 35 Health Assistants (HA) and 48 Family Welfare Assistants (FWA) and their supervisors in the IMCI intervention area participated in half day orientation sessions which focused on introducing the IMCI intervention and facilities to these workers and to encourage them to discuss the use of these facilities with mothers, family members and community members in their work area. The CNPs work in the

government's nutrition project (implemented in Matlab by BRAC). We consider these CNPs as the main "change agent" for C-IMCI given their availability (1 for 1200 population), and as they are local residents and the promotion of child health care is a major part of their current functions. We now have an agreement with BRAC on this collaboration.

Our expectations from the government health and family planning workers, that is, the Health Assistants (HA) and Family Welfare Assistants (FWA) is relatively low since they are fewer in number (1 for 4000/6000 pop), but they are still an important cadre of community-based workers.

2. Training Community-based workers in counselling and problem-solving:

The primary focus of the C-IMCI activities in the context of the Bangladesh IMCI Evaluation Study is on improving caring practices at home, particularly child feeding, and improving appropriate care-seeking for the sick child. The strategic decision was taken to use one-on-one counselling by community-based workers as the primary means of achieving changes in these practices. The project team in collaboration with GoB developed a 3-day training curriculum designed to train the community-based workers on:

- a. Good counselling skills
- b. Problem solving, that is, helping and negotiating with mothers and families to address specific concerns in relation to maternal care and nutrition, feeding problems, and care-seeking for childhood illness, and
- c. Discussions and agreement on how such counselling sessions can be effectively implemented and monitored/supervised as part of their routine work.

It is expected that the National IMCI curriculum for community-based workers will review the Matlab experience and adapt the training materials being tested in Matlab and this process has already started. To help assist develop the "problem solving" component, we developed a separate problem-solving guidebook. The problems addressed in the guidebook come from two different sources. This includes listing of problems by the workers during the half-day orientations in Nov-Dec 2002 and findings from the formative research. Findings from the formative research also influenced the solutions suggested for these problems and the overall messages to be disseminated. The curriculum and training materials was field tested in Matlab and Kahaloo. 127 CNPs in the Matlab intervention area received this 3-day training on counselling in May and June of 2003 in 9 batches.

Each CNP is responsible for about 1,200 population, i.e., about 130 under-5 children, 50 under-2 children, and about 35 new pregnant women and newborns each year. They register and visit all under-2 children in their catchment areas once every month.

We are requiring that the CNPs, HAs and FWAs include counselling as part of their routine work and have developed specific operational plans for each category of worker. A CNP is expected to visit a pregnant women-child pair 6 times: twice during pregnancy (2nd and 3rd trimester), once within 7 days of birth and then at about

1, 6 and 12 months of age of the child. The focus on visits in these young ages is a reflection of the concentration of feeding problems and childhood illness. Guidelines have been produced that outlines the content of each visit which is consistent with the specific life-cycle stage. The intent is to gradually improve child caring and feeding practices with incremental changes at each visit.

The CNPs are supervised by their existing community-based supervisors (CNOs) (1 supervisor for 10 CNPs). In addition, the project has recruited 3 supervisors who provide oversight over these activities.

During September to October 2003 we provided 3-day training on counseling to 33 HAs and 47 FWAs of IMCI intervention area in 5 batches and in November 2003 we trained 20 supervisors of HAs and FWAs. A workshop was held on October 17, 2003 to develop an operational plan for the HAs and FWAs to conduct one-on-one counselling contacts. The national IMCI Programme Office has agreed that these workers will be able to make the 6 visits to mother-child pairs (as described above) along with their routine home visits. However some flexibility would be required, especially for the 7-days post-partum visit since they have a larger area to cover and they are unlikely to receive information on births on time.

3. Community meetings

Since July 2003, local-level community meetings have been organized in the IMCI area. We have identified 3 groups for the community meetings - community leaders, fathers and mothers. We first conducted some test meetings and based on this experience curriculums and operational plans for the meetings were prepared.

Community leaders:

The objective of these meetings is to ensure their support for the programme and familiarize them about the IMCI facilities and the services being offered from there, and to motivate them to promote and support care-seeking for sick children from these facilities. An additional objective is to encourage them to take on some oversight responsibilities for the providers in their areas. The target group of these meetings are elected local government representatives, social leaders, professionals (e.g., village doctor) and religious leaders. The meetings are held at the union and ward levels (administrative units) and are facilitated by project staff. Meetings are held with union parishads (local government) to sensitize the members about the ongoing health service activities for U5 children in their area, so that they could understand their role in facilitating utilization of health facilities and services and ensure that the service providers become accountable to the local government.

Male group:

The objectives of reaching men in the community are to motivate them to be supportive with regard to maternal health, care during pregnancy and lactation (rest, food and work load) and to adopt a more pro-active role in terms of decision-making with regard to childcare and feeding, and care-seeking for the sick child. It was obvious to us that most men are difficult to find in the daytime, but since majority of the population are Muslims they attend Friday Jumma prayers. For this reason we developed a guideline for Imams of Mosques to

deliver these messages in mosques preferably during Friday noon (Jumma prayer time). The Senior Imams of Chandpur district and Matlab Upazilla helped us in developing and finalizing these guidelines for the Imams. We provided one day training to 387 imams from the IMCI area. We also trained 20 senior madrasa students so that they can attend during Jumma prayer and observe the sessions and record the observations in a check-list. We have also identified 14 non-muslim (hindu) communities where spot meetings are taking place for males and these are facilitated by our project staff.

Mothers group:

The purpose is to educate the pregnant and other women i.e. mothers and mother in laws, about proper care (rest, food, and workload) during pregnancy and lactation, about newborn care i.e. colostrums, frequent breast-feeding, prolong breastfeeding etc, about proper feeding of young children, about general danger signs, ARI and diarrhoeal diseases and their proper treatment (including appropriate care-seeking). These meetings re-inforce the one-on-one counseling sessions. The target group of these meetings are pregnant mothers, mothers of under 2 years children and other female members of the HH, e.g. mother, mother-in-law. The meetings are held at household cluster levels and the CNPs organize and conduct these meetings. They are supported by trained ICDDR,B/BRAC/GoB supervisors. All villages will be covered every 3-4 months with such meetings so that in 2 years about 6-8 meetings can be held in each village.

4. Mini-theaters

We have taken a programme of conducting mini-theaters in intervention areas to disseminate the key messages in a innovative, attractive and locally appropriate way aimed at improving family and community practices. We sub-contracted TREE (Theatre for Research, Education and Empowerment), a behaviour change communication firm, specializing in local theatres. TREE has organized two theatre groups in Matlab. Through several meetings, workshops, rehearsals and field performances a script containing IMCI messages was finalized. Six demonstration performances at the community level were done in May 2004 after which TREE delivered to us a final revised script, a manual with technical and creative guidelines necessary to produce a theatre performance locally and audiovisual documentation of live performances. Regular performances of the mini-theater have been started in the intervention villages from June 2004. We have planned to organize theatre shows in 131 intervention villages of Matlab. Each of the two theatre groups will conduct 100 shows per year. There performances are being supervised and monitored and appropriate modifications have been done accordingly.

5. Orientation and Training of village level practitioners on IMCI

Though careseeking from the IMCI facilities has increased several fold, village level practitioners continue to be the primary providers (>40%) of health care for sick children in the community. The objective of this orientation programme is to encourage and guide these local practitioners to refer severely ill children to the hospitals and to avoid practices that might harm the sick children seeking their services. Also introduced are systems for reporting and monitoring their activities. This orientation programme is based on an existing government programme where the national ARI control programme is working with local village level practitioners in

several sub-districts of the country. Though the lack of official government approval of these providers limits our ability to regulate them, we are expecting that with the training and continuous monitoring and support we can improve their practices, particularly in terms of referral of severe cases. Initially a draft 2-day training module was prepared. The training module was then field tested in September 2003 and revised. A list of local village private practitioners in the IMCI area was prepared and 2-day orientation was provided to 122 village doctors in Nov –Dec 2003. We developed a patient register and a self-reporting format that was pre-tested among 18 village doctors. The formats were reviewed in April 2004 and we have now provided the registers and reporting format to all trained village doctors. We trained an additional 22 village doctor in October 2004. For supervision and monitoring of village doctors, random visits are being made and quarterly information sharing sessions are held at the field level. We are also keeping track of referrals made by the village doctors.

5. Impact Evaluation and Progress:

Measuring the health impact of the IMCI strategy is the primary objective of the Matlab project. We have conducted baseline household and health facility surveys, and are implementing continuous household monitoring (rolling surveys) and collecting data from first-level facilities and referral hospitals to evaluate the adequacy of the ongoing intervention activities. A mid-term health facility survey was conducted in 2003.

The following baseline surveys were conducted:

- a. A Household Demographic Survey, based on a complete census of the study area, to provide:
 - Retrospective mortality information collected using a Demographic Health Survey-type instrument and to estimate under-5 mortality rates for the catchment areas of each facility.
 - Limited information on household socio-economic and demographic characteristics.
 - Information on facility utilization to be used to classify a village as being within or outside the catchment area of a given facility.
 - Feeding information of children under 2 years of age.

- b. A Household Health and Morbidity Survey, on a systematic sub-sample of the households visited as part of the Demographic Survey. The sample size was estimated at 2,200 under-5 children. The survey includes information on child nutritional status (weight, height/length), under-5 morbidity, care-seeking practices associated with the episodes of morbidity, practices relating to home care and case management, compliance with health care advice, and costs of sick child care.

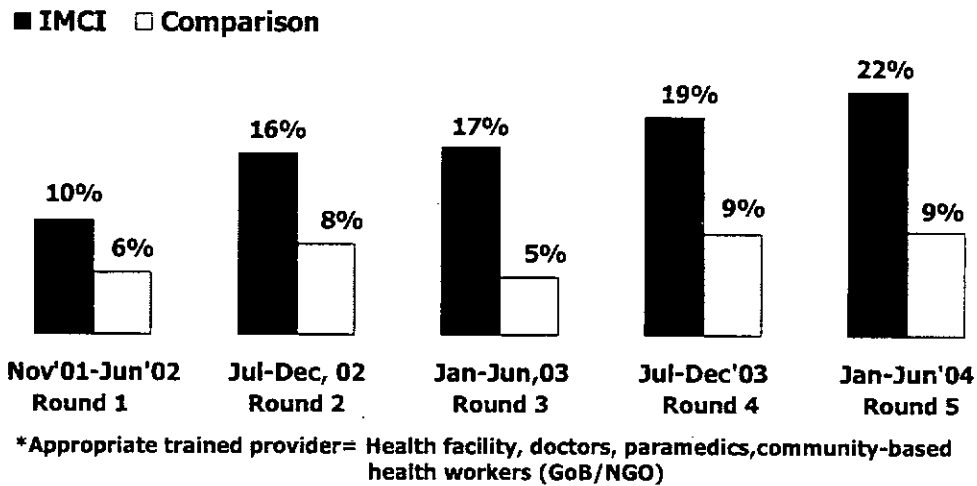
- c. A Health Facility Survey including all eligible first-level health facilities in Matlab Thana. Data covers service quality, utilization, costs and other process indicators and involves interviews with staff and clients, observations of client-provider interactions, extraction of service data, and assessment of facility operations and costs including time allocation studies to apportion salary costs to IMCI and its components.

We have attached a copy of the report of the baseline surveys (annex -1).

Continuous monitoring:

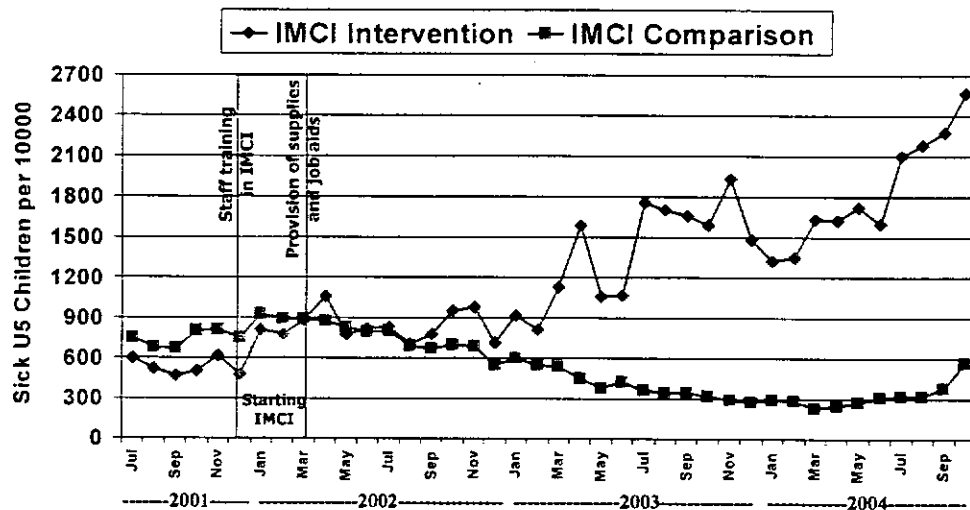
- a. **Continuous HH monitoring** ongoing from Nov 2001. These are 6-monthly rolling household surveys. If children are found sick at the time of the first interview they are revisited once every 2 weeks until the illness episode is over. A modified version of the baseline Health and Morbidity Survey instrument is used with a focus on coverage of community interventions, care seeking and costs. A completely new sample of 2,200 households with an under-5 child is drawn at the beginning of the calendar year and visited twice in the year (once in each 6-monthly round). The following figure represents care seeking from appropriate providers for any illness in the last 2 weeks in the last five 6-monthly continuous monitoring rounds

Figure : Care Seeking from appropriate providers* for any illness in last 2 weeks



b. **Facility utilization:** Sick under-5 child utilization of the facilities in the study area (by IMCI and comparison facilities) has been continuously monitored and results presented in the following figure. There is a consistent increase in utilization of the intervention facilities following introduction of IMCI in these facilities. The trend in utilization in the comparison facilities has been downward till the beginning of 2004. Lack of drugs in the government system since the middle of 2003 may have contributed to this decline.

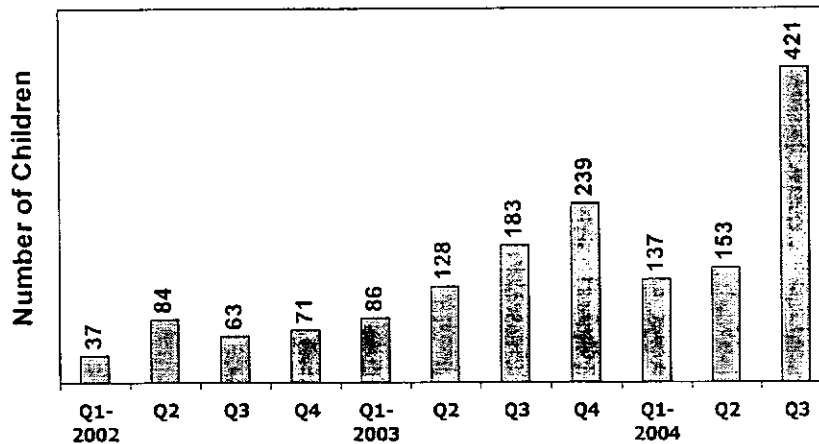
Figure : Sick under-5 utilization of 1st level facilities



We are also tracking all under-5 attendances in the out-patient and in-patient departments of the two referral facilities in terms of reasons for attending, residence (IMCI or comparison), source of referral (if any), and number days of hospital stay (if any).

c. Facility utilization by severe illness: We have extracted information from the facility patient registers up to June 2004 to investigate if there was substantial crossover of comparison area patients into the IMCI facilities. From the extracted information we are also able to assess the type of illness and severity of sick children seen in their facilities. The following figure shows that there has been a sustained increase in care seeking for severely ill children from the IMCI facilities.

Figure : Utilization of 1st-level IMCI facilities by sick under-5 children with severe illness: Matlab MCE

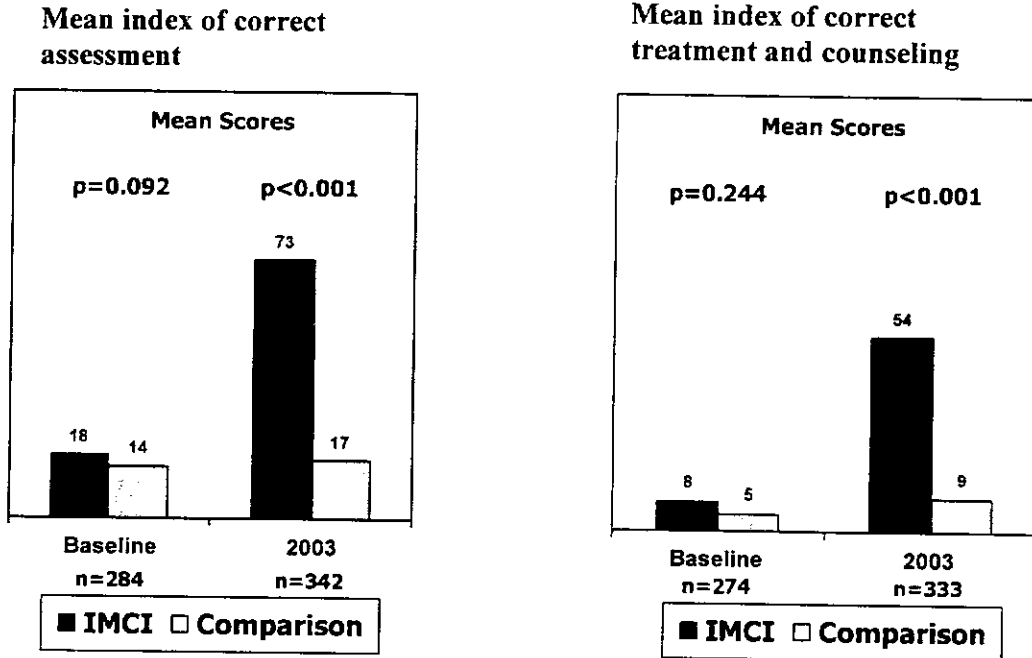


d. Death Audit: At the specific recommendations of the MCE technical advisers, we started in mid-2004 audits of deaths of U2 children identified by the community-based workers in the IMCI intervention area. An in-depth interview is conducted with the family members of the dead child to identify behavioural and programmatic problems and barriers that contributed to the death. The interest is in identifying the decision and careseeking process adopted by the parents in caring for the illness of the child and what they could have done differently that may have saved the child. We also want to identify failures by the health services (facilities, providers, village doctors, etc) that may have contributed to the death and what opportunities they may have had to save the child by acting differently. We are currently analyzing the initial information and expect this to have major influence on further fine-tuning the intervention.

Mid-term Health Facility Survey 2003:

A mid-term health facility survey was conducted from August 9, 2003 to October 27, 2003. The survey was carried out in the 20 government facilities (some are pairs of facilities) in Matlab that comprise the sampling frame for the study. The survey provided mid-term estimates of the MCE Health Facility indicators. The same survey questionnaire as used in baseline was used for this survey. This survey will be repeated in year 2005 and in final year 2007 to assess trends in service quality, utilization, costs and other process indicators. The following figures compares quality of care indicators between baseline and 2003 and show significant and large improvements in the IMCI facilities with almost no change in the comparison facilities.

Figure : Health facility quality of care: Baseline and 2003



GIS Data Base

An updated GIS map and database of Matlab study area is almost ready showing location of household clusters, health facilities, roads, waterways, private practitioner location, deep tube well, etc.

Preliminary findings from the study has been recently published in the Lancet. (Annex 2)

6. Future Plans (2005-2007):

a. Intervention

1. Sustaining health facility interventions and health systems support:

All existing activities: staff training, drugs and logistic supplies, monitoring and supervision, and referral systems will be maintained as at present. Some on-going fine-tuning of interventions is expected in response to actual experiences.

2. Sustaining and strengthening C-IMCI activity:

All existing activities: one-to-one counseling of families, community meetings, mini-theatres, and involving village practitioners in referral will be maintained as at present.

At the specific recommendation of the MCE Technical Advisors, a new activity will be started from 2005. It is now proposed that a new cadre of Community Health Workers (1 for ~2400 population) will be recruited from the local population. The minimum qualification of the CHW will have to passing the Secondary School Certificate (SSC) exam. Previous related work experience will be preferred. They will be recruited from local areas by local advertisement followed by written test and interviews. They will be trained to provide community-based case management of ARI and diarrhoea as per government guidelines. This activity has been proposed in response to the realization that though careseeking from trained providers have more than tripled, it was still about half of the 40% careseeking rate seen in Tanzania where IMCI demonstrated a 13% decline in mortality (Schellenberg 2004). While, continuing C-IMCI activities should increase this rate further, the target of 40% careseeking seems unreachable unless we can take health care closer to home through community-based management strategies.

b. Evaluation

1. Continuous Monitoring:

Continuous monitoring at the household and health facility levels and death audits will be continued as described on pages 21-22.

2. Mortality assessment survey (intervention area only)

Since the intervention has been in place for about 3 years, and final surveys are planned for 2007, it is prudent to estimate mid-term mortality levels in the intervention area. The survey will be completed over a period of 3 months in early 2005 and will incorporate retrospective mortality information (previous 2 years) using a Demographic Health Survey-type instrument (same instrument that was used at baseline)

3. Final Demographic and Household Health and Morbidity Surveys

The main indicator of health impact in this study is under-5 mortality, though cause-specific mortality, care-seeking practices, infant feeding practices and child nutritional status will also be measured. These indicators will be measured on a population of children aged 0-4 years and the IMCI intervention areas will be compared with the comparison areas. The primary comparison will be on the basis of under-5 mortality rates measured over the last 2

years of the project. However, baseline rates will be used to identify any differences between the groups at start and to make before-after comparisons within groups. A 2-year rate will be used as annual rates per facility catchment area fluctuate considerably.

The final household surveys will be conducted in the entire study population in the last year of the study in 2007. The Demographic Survey will require about 6 months to complete. In this Survey, all ever-married women of reproductive age will be identified and full birth history obtained. This information will be used to count the number of births and under-5 deaths in the previous 2 years resulting in mortality rate estimations. Families with an under-5 death in the previous 2 years will be visited with a verbal autopsy questionnaire to assess cause of death. Feeding information will be collected from all children less than 2 years of age in this survey.

A systematic sample of 2,200 under-5 children will be identified in the Demographic Survey and will form the sample of the final Health and Morbidity Survey. The same systematic sampling rules will be followed as in the baseline survey. Based on initial numbers of under-5 children being observed in the baseline demographic survey we had estimated that we would obtain the required number of children if we took a systematic sample of every 16th child who was living in the household and was less than 5 years old on the date of visit. In case of the final survey the selection interval will be reestimated after entering the 1st month of final demographic survey data. The systematic sampling scheme was adopted to enable us to simultaneously sample from the on-going demographic survey. Sampling will be done every Sunday from the demographic data entered from the previous week. The same questionnaire used at baseline and subsequently adapted for the continuous rolling HH surveys will be further revised and used in this survey. This will include information on socio-economic variables, coverage of interventions, child nutritional status (weight, height/length), under-5 morbidity, care-seeking practices associated with the episodes of morbidity, practices relating to home care and case management, and compliance with health care advice. Morbidity data will be based on 2-week recall of diarrhoea, ARI and other serious illnesses. Information on cost of health care seeking will be collected.

4. Repeat/Final Health facility Survey including costing

A second mid-term survey will be conducted in 2005 and the final survey in 2007. Data will be collected from both intervention and comparison health facilities and will be used for measuring service quality, utilization, costs and other process indicators. The surveys will provide an assessment of these indicators which is independent of routine supervision and monitoring activities. This will involve interviews with staff and clients, observation of client-provider interactions and extraction of service data. Special data collection teams will be formed with IMCI trained physicians and lay data collectors. The lay data collectors will be trained for collecting cost information. The lay data collector will be a non medical person whereas the other data collectors of the health facility survey are IMCI trained physicians. The qualification of the data collector will have to be a minimum of Bachelors degree and at least 1 year experience in data collection.

5. Measurement of Costs

Information on costs of health system inputs actually used (start-up and operating) will be obtained from detailed administrative records which has been developed and are being maintained for this purpose. Measurement of staff salary costs presents special challenges as the health workers will also provide services other than IMCI. During the facility surveys, providers will be observed to estimate the time spent for different types of cases. This information will be used to apportion salary costs to IMCI and its components. Sick children attending the facilities will be tracked during the facility survey to estimate time spent on different activities. Their caretakers will be asked about direct and indirect costs incurred for this visit including transportation, time spent, wages lost, etc.

Most information on costs to the community will come from two sources. During the continuous monitoring household surveys, in addition to careseeking practices, information on costs incurred will be collected. This system of continuous monitoring will provide a regular assessment of careseeking and referral patterns in the intervention and comparison areas and allow us to track changes in community costs over time. The second source of cost data will be the health facility surveys as described above.

Facilities Available

The Matlab field study area offers excellent facilities for this study. ICDDR,B has established means of communication within Matlab based on road and river transport. The Health and Demographic Surveillance System, is a regularly updated demographic information system on 210,000 population and will provide much of the data required for this study. The existing ICDDR,B field data collection staff in Matlab offers a pool of highly experienced and trained individuals to choose from.

Study subjects in need of treatment can also be treated in the Matlab hospital or referred to other facilities. The twice a day shuttle between Matlab and Dhaka will ensure that the data forms reach Dhaka on time. Both the Matlab and Dhaka-based data processing units of the Public Health Sciences Division have long experience in handling both longitudinal and special project data and will meet the needs of this study, after necessary expansion.

Data Analysis

A detailed analysis plan has been prepared. The primary analysis has involved catchment area level variables. These variables may be categorical (intervention/comparison, DSS/non-DSS, etc.) or continuous. The continuous variables will be created by calculating rates of baseline mortality, socioeconomic, demographic and environmental characteristics for each area. We will assume that these estimates are from a normal distribution (after transformation, if necessary). If during the initial exploration of the distribution of these variables and bivariate associations with the outcome variables, it appears that these are categorical in nature rather than continuous then these variables will be categorized. Baseline differences in these variables between intervention and comparison areas will be analyzed.

The area level outcome variables will also be treated as continuous variables derived from rates of mortality, morbidity, care-seeking, coverage, undernutrition, appropriate feeding, etc. Appropriate and standard bivariate statistical techniques will be used to analyze the relationships between explanatory and outcome variables. This will include both parametric and non-parametric techniques. As there are only 10 units per group, multivariate analysis may not be possible. Standardization procedures will be used instead.

Separate individual child-level analysis will also be performed, including multivariate techniques. We will account for the clustered nature of the data by using techniques such as GEE, multi-level models, etc. The same set of variables incorporated in the previous analysis will be included here as well as, though at the individual level.

The additional costs of initiation and maintenance of IMCI and its sub-components will be estimated and models for different input levels developed. The effect of changing the scale of operation on costs and effectiveness will also be analyzed using standard economic evaluation approaches. As some difference in utilization is expected between facilities, we will be able to assess the effect of facility utilization on costs and develop predictive models. Cost-effectiveness analysis, especially in terms of costs per death averted and per sick-child managed, will be performed. We will also conduct a cost-benefit analysis to understand the overall impact of IMCI from a macro perspective.

Ethical Assurance for Protection of Human Rights

The household surveys will be conducted after informed consent from an adult member of the household. All collected information will be treated as confidential, though the study does not propose the collection of data of a sensitive nature.

No children in the study area has been deprived of existing health care services or other services currently scheduled to be implemented in the area during the study period. The study ensures IMCI services in the comparison areas by project end.

The study has upgraded the referral facilities. This is expected to benefit all children in the study area. Children in both intervention and comparison areas should also benefit as a result of the training of existing field workers on the referral of sick children and improving family and community awareness of the availability of health care facilities. The intensive education of families on improved child care and care-seeking practices should provide additional benefit to the intervention area children. If the study hypothesis is proven to be correct then the children in the intervention areas will also benefit from improved services from the union-level facilities.

Use of Animals

No animal will be used in this study.

Literature Cited

Arifeen SE, Blum LS, Hoque DME, Chowdhury EK, Khan R, Black RE, Victora CG, Bryce J. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: early Findings from a cluster-randomised study. *Lancet* 2004; 364:1595-602

Baqui AH, Sabir AA, Begum N, Arifeen SE, Mitra SN, Black RE (2001). Causes of childhood deaths in Bangladesh: an update. *Acta Paediatr.* 90:682-90.

Robert E Black, Saul S Morris, Jennifer Bryce (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 36: 2226–34.

Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Vaughan JP, Black RE (2004). The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the Evaluation of Public Health Interventions. *Am J Public Health* 94:406-415. <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/94/3/406>.

Falade AG, Tschappeler H, Greenwood BM, Mulholland EK (1995). Use of simple clinical signs to predict pneumonia in young Gambian children: the influence of malnutrition. *Bull World Health Organ.* 73:299-304.

Gove S for the WHO Working Group on Guidelines for Integrated Management of the Sick Child (1997). Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. *Bull World Health Organ.* 75(Suppl).7-24.

Gouws E, Bryce J, Habicht JP, Amaral J, Pariyo G, Schellenberg JA, Fontaine O. Improving the use of antimicrobials through IMCI case management training. *Bull WHO* (in press).

Huicho L, Dávila M, Campos M, Drasbek C, Bryce J, Victora CG. Scaling up IMCI to the national level: achievements and challenges in Peru. *Health Policy and Planning*, In Press.

National Institute of Population Research and Training (NIPORT), ORC Macro, Johns Hopkins University and ICDDR,B. 2003. *Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001*. Dhaka, Bangladesh and Calverton, Maryland (USA): NIPORT, ORC Macro, Johns Hopkins University, and ICDDR,B.

Redd SC, Bloland PB, Kazembe PN, Patrick E, Tembenu R, Campbell CC (1992). Usefulness of clinical case-definitions in guiding therapy for African children with malaria or pneumonia. *Lancet.* 340:1140-1143.

Richards L, Caeson M, Pierce NF (1993). Management of acute diarrhea in children: lessons learned. *Ped Inf Dis J.* 12:5-9.

Sazawal S, Black RE (1992) Meta-analysis of intervention trials in case management of pneumonia in community settings. *Lancet.* 340:528-533.

Joanna R M Armstrong Schellenberg, Taghreed Adam, Hassan Mshinda, Honorati Masanja, Gregory Kabadi, Oscar Mukasa, Theopista John, Sosthenes Charles, Rose Nathan, Katarzyna Wilczynska, Leslie Mgalula, Conrad Mbuya, Robert Mswia, Fatuma Manzi, Don de Savigny,

Principal Investigator (last, first, middle): Arifeen, Shams, El

David Schellenberg, Cesar Victora (2004) Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *Lancet*; 364: 1583–94

Tulloch J (1999). Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet* 354(suppl 2):16-20.

Victora CG, Adam T, Bryce J, Evans D. In *Disease Control Priorities, Volume 2*, Chapter 57. Managing the Sick Child. Book in preparation.

World Health Organization (1997a) The role of IMCI in improving family and community practices to support child health and development. *IMCI Information*. WHO Division of Child Health and Development, Geneva., September, 1997.

World Health Organization (1997b) Management of childhood illness in developing countries: Rationale for an integrated strategy. *IMCI Information*. WHO Division of Child Health and Development, Geneva., September, 1997.

Dissemination and Use of Findings

Annual dissemination and review workshops are being organized for national, regional and international stakeholders. Early findings are being disseminated through short reports and working papers. Important results and conclusions will be disseminated through working papers, journal articles, policy reports and presentations at national, regional and international conferences and meetings.

Collaborative Arrangements

ICDDR,B is collaborate with the IMCI Section of DGHS, the Department of International Health, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland, USA, the London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK, and Tulane University, New Orleans, USA for technical assistance in study design and implementation, data analysis and report preparation.

BUDGET SUMMARY

Line item/Funding source by year wise	Approved budget									Proposed budget					Total Budget for Yr 1-8	
	Total expenditure during						Current year expenditure (Detail sheets attached)			Budget for next 3 years (Detail sheets attached)						
	Yr-1	Yr-2	Yr-3			Yr-4			Yr-5			Yr-6	Yr-7	Yr-8		Total budget (Yr 6-8)
	WHO	WHO	WHO	USAID-yr1	TOTAL	WHO	USAID-yr2	TOTAL	WHO	USAID-yr3	TOTAL	WHO	WHO	WHO		
	Jun'99-Jul'00	Aug'00-Sep'01	Oct'01-Nov'02			Dec'02-May'04			Jun' 04-May' 05			Jun'05-May'06	Jun'06-May'07	Jun - Dec'07		
Personnel	96,742	107,803	80,381	82,077	162,458	115,770	107,506	223,276	134,802	134,932	269,734	281,704	321,479	130,504	733,686	1,593,699
Operating expenditures	158,784	10,443	7,268	4,604	11,872	13,460	8,162	21,622	14,391	3,346	17,737	39,591	30,095	13,447	83,133	203,591
Patient costs			2,419	-	2,419		-		-	-	-	-	-	-	-	2,419
Travel	17,268	23,085	21,298	7,455	28,753	23,135	21,303	44,438	22,747	22,017	44,764	55,350	63,951	30,713	150,014	308,323
Other expenditure	10,351	48,558	18,851	9,246	28,097	32,582	22,865	55,447	34,635	37,547	72,182	64,439	57,971	17,803	140,212	354,848
Sub-total - recurring costs	183,145	189,889	130,217	103,382	233,599	184,947	159,836	344,783	206,575	197,842	404,417	441,084	473,495	192,466	1,107,045	2,462,879
Major equipment	11,876	3,395	3,401	9,366	12,767	2,650		2,650	8,817	3,100	11,917	2,500	3,600	1,500	7,600	50,205
Direct Cost	195,021	193,284	133,618	112,748	246,366	187,597	159,836	347,433	215,393	200,942	416,335	443,584	477,095	193,966	1,114,645	2,513,084
Indirect Cost*	5,697	6,713	9,325	26,879	36,204	12,414	40,357	52,771	6,557	48,607	55,164	4,542	4,769	3,060	12,371	168,920
Total Cost	200,718	199,997	142,943	139,627	282,570	200,011	200,193	400,204	221,950	249,549	471,499	448,126	481,864	197,026	1,127,016	2,682,004

* Since WHO does not pay indirect cost for this study, WHO indirect cost shown here has been itemized in the direct budget line item.

1. BUDGET SUMMARY - for Next 3 ~~years~~ years (N. 6-8)

Project Title: An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Name of PI: Dr. Shams El Arifeen

Starting Date: June 2005

Closing Date: December 2007

Funding Source: WHO

Budget item	Jun'05- May'06	Jun'06- May'07	Jun' 07- Dec'07	Total
Personnel (2.1)	286,246	326,248	133,564	746,057
Operating expenditures (2.2)	39,591	30,095	13,447	83,133
Patient costs (2.3)	-	-	-	-
Animals (2.5)	-	-	-	-
Travel (2.6)	55,350	63,951	30,713	150,014
Other expenditure (2.7)	64,439	57,971	17,802	140,211
Sub-total - recurring costs	445,626	478,264	195,525	1,119,416
Major equipment (2.4)	2,500	3,600	1,500	7,600
GRAND TOTAL	448,126	481,864	197,025	1,127,016

30/12/04
 Md. Borhan Rahman
 Director, Health & Family Welfare
 Health & Family Welfare
 Matlab, Dhaka, Bangladesh

Budget Details

2.1 Personnel							
Category of Personnel (list ALL participants, even if financial support is not required)	No.	Monthly rate	% of time	Jun'05- May'06	Jun'06- May'07	Jun - Dec'07	Total
				US\$	US\$	US\$	US\$
Professional scientific staff							
1. Shams El Arifeen, Princ. Investigator (P4)	1	9,042	30%	32,551	34,179	20,934	87,664
2. Lauren Blum, Co-investigator (P4)	1	13,322	15%	23,980	-	-	23,980
3. Abdullah Hel Baqui, Co-investigator	1	-	0%	-	-	-	-
4. M. Yunus, Co-investigator (P4)	1	8,955	2%	2,149	2,257	-	4,406
5. Mahmud Khan, Co-investigator	1	-	0%	-	-	-	-
6. Robert E. Black, Co-investigator	1	-	0%	-	-	-	-
7. JP Vaughan, Co-investigator	1	-	0%	-	-	-	-
8. Shakil Ahmed, Co-investigator	1	969	50%	5,814	6,105	3,739	15,658
Technical staff							
1. Dr. Harunur Rashid, Manager, MCHRB	1	1,346	5%	808	848	519	2,175
2. Data Manager (NO-B/5)	1	1,217	15%	2,191	2,300	1,409	5,900
3. Programmer (GS6/6)	1	693	20%	1,663	1,746	1,070	4,479
4. Senior Statistical Officer (GS6/1): (#1)	1	581	75%	5,229	5,490	3,363	14,082
5. Data Management Asstt. (GS4/2): (#1)	1	370	100%	4,440	4,662	2,855	11,957
6. Data Management Asstt. (GS3/1): (#4)(Final S)	4	303	100%	-	5,090	2,672	7,763
7. Project Research Manager (NOB/3)	1	1,132	100%	13,584	14,263	8,736	36,583
8. Senior GIS Officer (GS6/03)	1	626	50%	3,756	3,944	2,416	10,115
9. Research Investigators (NOA/CSA) (C-IMCI)	1	655	100%	7,860	8,253	5,055	21,168
10. Medical Officer (NOA/2) (#2)	2	915	100%	16,470	17,294	10,592	44,356
11. Medical Officer (Documentation) (NOA/3) (#1)	1	949	100%	11,388	11,957	7,324	30,669
12. Medical Officer (Training) (NOA/1) (#1)	1	880	100%	10,560	13,200	-	23,760
13. Research Physician (Spl) (VD-quality for 3 month)	1	310	100%	-	930	-	930
14. Research Physician (Spl) (HFS)	6	310	100%	5,580	-	6,152	11,732
15. Research Investigator - Social Scientist (NOA/1)	1	880	50%	5,280	5,544	-	10,824
16. Field Research Officer (GS5/2) (C-IMCI) (#3)	3	474	100%	17,064	17,917	-	34,981
17. Field Research Officer (GS5/1) (Final Survey)	2	457	100%	-	6,718	-	6,718
18. Field Research Officer (GS5/10)	1	610	100%	7,320	7,686	-	15,006
19. Sr. Field Research Assist. (GS4/1) (F Survey + Sp)	11	358	100%	45,466	60,144	25,256	130,866
20. Field Research Assistant (GS3/3) -upto Dec 06	3	324	100%	11,664	7,484	-	19,148
21. Field Research Assistant (GS3 -CSA) (Data Cod)	3	205	100%	1,845	1,937	2,034	5,816
22. Field Research Assistant (GS3/1) (F Survey)	7	205	100%	-	9,041	-	9,041
23. Field Research Assistant (GS4-CSA) (HFS Cost)	4	259	100%	-	-	2,284	2,284
24. Field Worker (Spl) (F Survey)	60	80	100%	-	25,200	-	25,200
25. Community Health Worker (Spl): (#67)	67	25	100%	20,441	20,441	11,924	52,806
26. Mapper (Mortality and F Survey)	12	121	100%	6,292	7,623	-	13,915
27. Field Research Officer (GS5/1) (Substudy)	1	457	100%	5,484	5,758	3,527	14,769
Other staff							
1. Office Manager (NOA/7)	1	1,088	10%	1,306	1,371	880	3,556
2. Administrative Officer (GS5/4)	1	508	50%	3,048	3,200	2,054	8,302
3. Clerk (GS3/2)	1	313	100%	3,756	3,944	2,531	10,230
4. Office Attendant Dhaka (GS1/4)	1	240	100%	2,880	3,024	1,940	7,844
5. Field Assistant MATLAB (GS1) CSA	1	153	100%	1,836	1,928	1,237	5,001
6. Sr. Budget and Cost Officer	1	660	15%	1,188	1,247	800	3,236
7. Procurement Manager	1	1,223	10%	1,468	1,541	989	3,997
8. Administrative Manager-Matlab	1	1,048	15%	1,886	1,981	1,271	5,138
Sub-total				286,246	326,248	133,564	746,057

2.2 Operating expenses

Budget Item	Jun '05- May '06	Jun '06- May '07	Jun '07- Dec '07	Total
	US\$	US\$	US\$	US\$
Chemicals (Clinical Supplies/Drugs)	5,000	5,000	1,200	11,200
Office and other Supplies	7,060	7,756	2600	17,416
Office and other Supplies (HFS & Final Survey)	2,260	2,200	1,200	5,660
Glassware	-	-	-	-
List minor equipment	-	-	-	-
- Bicycles	-	-	-	-
- Weighing Scales	12,164	330	1,000	13,494
- Wooden Length Board/Height Stick	-	1,000	-	1,000
- Clinical and other facility equip.	-	-	-	-
- GPS and accessories (sets)	1,500	-	-	1,500
- Office Furniture and repairing	800	800	400	2,000
- Miscellaneous (bags, umbrellas, etc.)	954	1,370	557	2,881
- LAN Hub	-	-	-	-
Gasoline or petrol	3,578	4,436	2,440	10,455
Equipment maintenance	875	963	618	2,455
Data analysis	-	-	-	-
Other operating expenditure (specify): Un-anticipated expenditures, e.g., services, supplies, staff on daily wage and CSA	5,400	6,240	3,432	15,072
Sub-total	39,591	30,095	13,447	83,133

2.3 Patient costs

Budget Item	Jun '05- May '06	Jun '06- May '07	Jun '07- Dec '07	Total
	US\$	US\$	US\$	US\$
Transportation	-	-	-	-
Other (specify)	-	-	-	-
Sub-total	-	-	-	-

2.4 Major equipment

Budget Item	Jun'05- May'06	Jun'06- May'07	Jun'07- Dec'07	Total
	US\$	US\$	US\$	US\$
Computer with UPS, Inkjet colour printer, spare parts	2,200	2,800	1200	6,200
LAPTOP	-	-	-	-
Motorcycle (#2)	-	-	-	-
Mobile (#2)	-	-	-	-
Photocopier (partial costs and repairing)	300	800	300	1,400
Sub-total	2,500	3,600	1,500	7,600

2.5 Animals

Budget Item	Jun'05- May'06	Jun'06- May'07	Jun'07- Dec'07	Total
	US\$	US\$	US\$	US\$
Purchase				
Maintenance				
Purchase				
Maintenance				
Sub-total				

2.6 Travel

Destination and Purpose	Jun'05- May'06	Jun'06- May'07	Jun'07- Dec'07	Total
	US\$	US\$	US\$	US\$
Local travel (Dhaka-Matlab, within Dhaka & Matlab) including driver's wage cost	15,000	16,500	5,500	37,000
Local travel (Dhaka-Matlab, within Dhaka & Matlab) including driver's wage cost	8,727	9,600	3,200	21,527
C-IMCI				
Local travel (Dhaka-Matlab, within Dhaka & Matlab) including driver's wage cost	7,000	15,621	9,800	32,421
HFS & F Survey				
Local travel (Dhaka-Matlab, within Dhaka & Matlab) including driver's wage cost	20,443	17,852	10,213	48,508
Sub-Study -Ref, CNP, VD, Death Audit, Local leader & Ser. Provider				
Local travel (Dhaka-Matlab, within Dhaka & Matlab) including driver's wage cost	-	-	-	-
HH -Special + Increase Sample				
International Travel (incl. IMCI training)	2200	2,200	2,000	6,400
Support GoB in different IMCI activities in Bangladesh	1980	2,178	-	4,158
Sub-total	55,350	63,951	30,713	150,014

2.7 Other expenditures

Budget Item	Jun'05- May'06	Jun'06- May'07	Jun'07- Dec'07	Total
	US\$	US\$	US\$	US\$
Printing, photocopy, mimeograph, and material development costs	2,741	4,000	1,400	8,141
Library, patient and other interdepartmental costs	825	908	630	2,363
Training and Dissemination	21,555	11,090	6,465	39,110
Messengers/porters/helpers	2,000	3,300	1,000	6,300
Facility repair and maintenance costs	1,100	800	300	2,200
Communication (email, tel., fax, mobile and mobile related cost)	3,650	3,875	2,370	9,895
Field office rent, other field office costs, other rent costs	550	1,005	753	2,308
Utilities	825	908	698	2,431
Sub-contract/sub-agreement with IMCI section of DGHS/DPM-CDD for hiring 4 Medical Assistant /Family Welfare Visitors for placement in intervention GoB facilities in Matlab	5,931	6,524	4,186	16,642
Sub-contract with BRAC	6,000	6,300	-	12,300
Additional Fund for CNPs and CNOs	4,821	4,821	-	9,641
Supervision - Imam and VD	5,627	5,627	-	11,254
Street Play/Theater (200/yr)	8,814	8,814	-	17,627
Sub-total	64,439	57,971	17,802	140,211

Budget Proposal for the year: 2003-2005
 P.I. Name: Dr. Shams El Arifeen
 Protocol Title: Community IMCI Study
 Protocol #:
 Funding Source: USAID/D - FHRP(Target)
 Fund amount:

Currently being spent (USAID fund)

Operating	445,059
Indirect	115,343
Capital	12,466
Sub-contract	16,000
Total	US\$ 589,268

Amount in US\$

Line Items	1st yr.	2nd Yr.	3rd Yr.	Total	Orig total	Diff. +/-	Eff in %
1. Payroll and benefits:							
a) Personnel -Local	51,456	75,937	92,251	218,744	227,672	(8,928)	-4%
b) Personnel -International	22,968	31,994	41,719	96,580	94,526	2,054	2%
2. Travel and Transport:							
Travel-International	-	2,231	5,925	8,206	10,475	(2,269)	-22%
Travel-Local	7,455	19,022	16,692	42,569	30,676	21,393	125%
3. General Operating Cost:							
Supplies, Utilities, Maintenance & Others	4,604	3,162	3,346	11,112	12,340	3,772	31%
4. Training:							
Training Fees, Stipend, Transport etc.	-	-	-	-	-	-	-
5. Consultant:							
Consultant - Local & International	7,553	575	963	9,091	12,930	(4,739)	-34%
6. Other Direct Cost:							
Meeting, Printing, Service Charges, Other Contract	9,246	17,755	16,557	53,657	48,491	5,166	11%
Total Operating Cost	103,332	154,725	186,952	445,059	423,110	16,349	4%
Indirect Cost @26%	25,979	40,357	48,607	115,343	111,209	4,134	4%
7. Capital Purchase:							
Furniture and Equipment - Items per unit costing \$201 and above)	9,366	-	3,100	12,466	9,300	2,566	27%
8. Sub-Contract:							
	-	5,110	10,820	16,000	16,000	-	0%
Total Programme Cost	139,527	200,192	249,549	589,268	565,219	24,049	4%

(33)
27/7-10/11

1. BUDGET SUMMARY (must be signed) - Currently being Spent

Provide here a summary of the proposed budget based on the detailed information given in Part VI, section 2.

1. Budget for main study:

Budget item	Jun'04-May'05 ✓
	<u>Year 5</u>
Personnel (2.1)	141,359
Operating expenditures (2.2)	14,391
Patient costs (2.3)	-
Animals (2.5)	-
Travel (2.6)	22,747
Other expenditure (2.7)	34,635
Sub-total - recurring costs	213,132
Major equipment (2.4)	8,817
GRAND TOTAL	221,949

4/5/04
 Md. Faruk Robman
 Research Officer
 Health & Family Welfare Research
 Mahatma, Dhaka-1212
 Bangladesh

Budget Details

2.1 Personnel

Category of Personnel (list ALL participants, even if financial support is not required)	No.	Monthly rate	% of time	Year - 5 (Jun'04-May'05)			Total (Jun'04 - May'05) USS
				Amount	% of time	Amount	
				USS		USS	
Professional scientific staff				9 months	3 months	12 months	
1. Shams El Arifeen, (P4)	1	9,020	20%	16,236	30%	8,118	24,354
2. Lauren Blum (P4)	1	10,440	10%	9,396	10%	3,132	12,528
3. Abdullah Hel Baqui	1	0	5%	-	5%	4,000	4,000
4. M. Yunus (P4)	1	8,955	2.0%	1,612	2%	537	2,149
5. Mahmud Khan	1	0	5%	-	5%	4,000	4,000
6. Robert E. Black	1	0	0%	-	0%	-	-
7. JP Vaughan	1	0	0%	-	0%	-	-
8. L. Moulton	1	0	0%	-	0%	-	-
9. Shakil Ahmed	1	969	50%	4,361	50%	1,454	5,814
10. Dr. Harunur Rashid, Manager, MCHRB (Replacing J. Chakroborty who left the Centre)	1	1,089	5%	490	5%	163	653
Technical staff							
1. Local Consultant for HFS(#4 for 2)							
2. Data Manager (NO-B/5)	1	1,017	15%	1,373	15%	458	1,831
3. Programmer (GS6/6)	1	620	20%	1,116	20%	372	1,488
4. Senior Statistical Officer (GS6/1): (#1)	1	521	0%	-	75%	1,172	1,172
5. Data Management Asstt. (GS3/2): (#2)	1	283	0%	-	0%	-	-
6. Data Management Asstt. (GS4/2): (#1)	1	333	0%	-	100%	999	999
7. Project Research Manager (NOB/3) (1st 3m-20%, 2nd 6m 50%)	1	948	50%	3,413	100%	2,844	6,257
8. Field Research Manager (NOA/5)	1	0	50%	-	100%	-	-
9. Senior GIS Officer (GS6/03)	1	567	0%	-	50%	851	851
10. Research Investigator (NOA/CSA) (C-IMCI)	1	586	0%	-	100%	1,758	1,758
11. Medical Officer (NOA/2) (#1 for 12m and 1 for 6m)	2	768	100%	10,368	100%	3,456	13,824
12. Medical Officer (Documentation) (NOA/3) (#1)	1	797	100%	7,173	100%	2,391	9,564
13. Medical Officer (Training) (NOA/1) (#1) - 7 months	1	739	100%	5,173	0%	-	5,173
14. Research Physician (Spl) - 7 months	1	293	100%	2,052	0%	-	2,052
15. Research Investigator - Social Scientist (NOA/1)	1	739	0%	-	50%	1,109	1,109
16. Field Research Officer (GS5/2) (C-IMCI) (#3)	3	425	0%	-	100%	3,825	3,825
17. Field Research Officer (GS5/10) - 5 Month	1	560	100%	2,800	0%	-	2,800
18. Sr. Field Research Assist. (GS4/1)	6	310	0%	-	0%	-	-
19. Field Research Assistant (GS3/3) (9 person/months in the last 3 months)	1	292	100%	2,628	100%	2,628	5,256
20. Field Research Assistant (GS3 -CSA) (6 person/months in total)	2	195	100%	1,170	0%	-	1,170
21. Field Research Assistant (GS3-CSA) (Extra Sample R5) (4 person/months in total)	2	195	100%	780	0%	-	780
22. Field Research Assistant (GS3-CSA) (Spl R6) (18 person/months in total)	6	195	100%	3,510	0%	-	3,510
23. Field Research Assistant (GS4-CSA) (HFS Cost) (8 person/months in total)	4	240	100%	1,920	0%	-	1,920
24. Field Research Officer (GS5/1) (Substudy)	1	410	100%	3,690	100%	1,230	4,920
25. Field Worker (Spl) (F Survey)	60	75	0%	-	0%	-	-

Category of Personnel (list ALL participants, even if financial support is not required)	No	Monthly rate	% of time	Year - 5 (Jun'04-May'05)			Total (Jun'04 - May'05) US\$
				Amount	% of time	Amount	
				US\$		US\$	
26. Community Health Worker (Spl): (#20 person for 6 months in total)	20	188	10%	2,256	0%	-	2,256
Other staff							
1. Office Manager (NOA/6)	1	910	10%	819	10%	273	1,092
2. Administrative Officer (GS5/2)	1	425	50%	1,913	50%	638	2,550
3. Clerk (GS3/2)	1	283	100%	2,547	100%	849	3,396
4. Office Attendant Dhaka (GS1/2)	1	188	100%	1,692	100%	564	2,256
5. Field Assistant MATLAB (GS1) CSA	1	146	100%	1,314	100%	438	1,752
6. Sr. Budget and Cost Officer	1	660	15%	891	15%	297	1,188
7. Procurement Manager	1	1,223	10%	1,101	10%	367	1,468
8. Administrative Manager-Matlab	1	914	15%	1,234	15%	411	1,645
Sub-total (list in Budget Summary, Part VI, Section 1)				93,026		48,333	141,359

2.2 Operating expenses

Budget item	Year 5
	Jun'04-May'05
	US\$
Chemicals (Clinical Supplies/Drugs)	3,000
Office and other Supplies	3,900
Glassware	-
List minor equipment ¹	
- Bicycles	-
- Weighing Scales	200
- Wooden Length Board/Height Stick	-
- Clinical and other facility equip.	-
- GPS and accessories (sets)	-
- Office Furniture and repairing	910
- Miscellaneous (bags, umbrellas, etc.)	500
- LAN Hub	-
Gasoline or petrol	2,556
Equipment maintenance	625
Data analysis	-
Other operating expenditure (specify): Un-anticipated expenditures, e.g., services, supplies, staff on daily wage and CSA	2,700
Sub-total (list in Budget Summary, Part VI, Section 1)	14,391

¹These are items costing US\$100-1000 each. For items ordered from abroad, include shipment and freight insurance costs, usually approximated as 20% of catalogue price if no better estimate is available. Consolidate items costing less than US\$100 as one entry: "miscellaneous" and indicate the total amount.

2.3 Patient costs

Budget item	Year 5
	Jun'04-May'05
	US\$
Transportation	-
Other (specify)	-
Sub-total¹	-

2.4 Major equipment (specify)²

Budget item	<i>Year 5</i>
	Jun'04-May'05 <i>US\$</i>
Computer with UPS, Inkjet colour printer, spare parts	2,500
LAPTOP	2,600
Motorcycle (#2)	3,000
Mobile (#2)	517
Photocopier (partial costs and repairing)	200
Sub-total¹	8,817

¹List in Budget Summary, Part VI, Section I.

²List items costing more than US\$1000. For items ordered from abroad, include shipment and freight insurance costs, usually approximated as 20% of catalogue price if no better estimate is available.

2.5 Animals

Budget item	<i>Year 5</i>
	Jun'04-May'05 <i>US\$</i>
Purchase	0
Purchase	0
Sub-total¹	0

2.6 Travel (specify)

Destination and purpose	<i>Year 5</i>
	Jun'04-May'05 <i>US\$</i>
Local travel (Dhaka-Matlab, within Dhaka & Matlab, and to other locations in Bangladesh) including driver's wage cost	17,447
Local travel costs for the field visit of the 1st level health facility service provider	1,500
International Travel (IMCI training, attending MCE, IMCI and other relevant meetings/conferences)	2,000
Support GoB in different IMCI activities in Bangladesh	1,800
Sub-total¹	22,747

*Increased due to added cost of Comm IMCI Project from Year2005

¹List in Budget Summary, Part VI, Section I.

2.7 Other expenditures (specify)

<u>Budget item</u>	<i>Year 5</i>
	Jun'04-May'05 <i>US\$</i>
Printing, photocopy, mimeograph, and material development costs	3,650
Library, patient and other interdepartmental costs	750
Training and Dissemination	5,000
Messengers/porters/helpers	2,900
Facility repair and maintenance costs	1,200
Communication (email, tel., fax, mobile and mobile related cost)	4,500
Field office rent, other field office costs, other rent costs	500
Utilities	750
Sub-contract/sub-agreement with IMCI section of DGHS/DPM-CDD for hiring 4 Medical Assistant /Family Welfare Visitors for placement in intervention GoB facilities in Matlab	5,392
Sub-contract with BRAC	1,500
Additional Fund for CNPs and CNOs	4,821
Supervision - Imam and VD	1,431
Street Play/Theater (200/yr)	2,241
Sub-total¹	34,635

Appendices

IMCI Multi-Country Evaluation

Health Facility Survey Sampling Issues

C. Victora
May 9, 2000

This paper is based on discussions on HFS sampling in the context of the MCE, that took place in Geneva in March 1999 (John Murray and Simon Cousens participated as well as the MCE team). This discussion was later abstracted in a paper by Murray, Alex Rowe and Cousens entitled "Sampling options for the IMCI health facility survey" (August 1999), and further addressed in MCE workshops in Bagamoyo in September and in Zanzibar in December 1999. The proposal prepared by the Tanzania MCE team (Joanna Schellenberg and team) was also instrumental. The two HFS pilot studies carried out in Bolivia and Peru by Thierry Lambrechts provided useful insights on the applied aspects of sampling. The sampling section of standard IMCI HFS draft manual was also an important reference.

Jennifer Bryce and Thierry Lambrechts have participated in the preparation of this document.

Introduction

The objective of the IMCI Multi-Country Evaluation (MCE) is to provide a comprehensive view of the effect of IMCI on the provision, utilization and coverage of child health interventions, and on their impact on health and nutrition. Cost assessments are also an integral component.

Health facility surveys (HFS) are essential for the MCE, being the method of choice for supplying information on the provision and utilization of IMCI-related services. In this context, HFS have three related objectives:

- a) To assess the quality of case management of sick children (assessment; correct treatment and counseling; correct management of severely ill children); health systems support (supervision; drugs, equipments and supplies; training coverage); and caretaker satisfaction.
- b) To measure levels of utilization of health facilities by children.
- c) To provide information on IMCI costs at the facility level.

Table 1 provides a comparison of three possible HFS designs for use in IMCI evaluations. The present document discusses some key aspects of HFS sampling from the standpoint of the MCE (design 1). It is not aimed at providing guidance on routine HFS for supporting local or national IMCI planning and evaluation (for example, designs 2 and 3).

Two aspects of the MCE are particularly relevant to sampling design. First, HFS data must allow statistical significance testing of differences between IMCI and non-IMCI areas. Second, MCE data must support cost-effectiveness analyses; measures of service quality, health systems support and utilization must therefore be fully compatible with measures of costs and with population-based measures of coverage and impact.

We will concentrate on the characteristics of health care provided in first-level health facilities. Referral level care will not be covered in the present document, but if hospitals or other referral facilities also provide first-level (that is, non-referral) outpatient care, they will be included. For convenience, the term “health facilities” (HF) will be applied to all first-level care.

Defining the sampling universe

In the MCE context, HFS are aimed at comparing first-level care between a small number of geographical areas - often districts¹ - with or without IMCI (“geographical design”). In some studies the comparison may be of the same areas, before and after IMCI implementation (“historical design”).

When the main comparison is between sets of districts with and without (or before and after) IMCI, it is not necessary to have representativeness at the level of individual districts. From this point onwards, we will refer to IMCI and comparison “areas”, which may each include one or more districts.

Our objective is to obtain a representative sample of sick children presenting at first-level facilities targeted for IMCI in the geographical area of interest. In comparison areas, where IMCI is not implemented, the sampled facilities should be of the same type as in the corresponding IMCI areas. For prospective historical designs with a before and after comparison, it will be necessary to anticipate which facility types are likely to be targeted by IMCI implementation².

Overall sampling design

The proposed sampling scheme consists of the following steps:

- a) List all facilities providing first-level care in the area;
- b) Stratify facilities by type;
- c) Within each stratum, list facilities in geographical order;
- d) Within each stratum, take a systematic sample of facilities by selecting every n^{th} facility;
- e) Attempt to include all children who visit the facility on the day of the survey.

These steps are detailed below.

¹ In some countries, the comparison is between several districts with different intensities of IMCI implementation.

² Prospective designs will only start when there is a strong likelihood of IMCI introduction, and implementation plans will have already defined the targeted facilities.

Building the sampling frame

Construction of the sampling frame should start by listing all eligible facilities¹. Most often, HF “targeted for IMCI” include all government HF providing first-level care, usually health posts/dispensaries and health centers. Outpatient departments in hospitals and other referral level facilities, that also provide first-level care, should be included. In some districts, some non-governmental facilities (e.g. those run by non-profit NGO’s) are also targeted by the district’s IMCI implementation plan, and these should be added to the sampling frame. If NGO’s or other private providers are not targeted, they should not be included.

Selecting facilities

For logistic and budgetary reasons, most HFS include from 25 to 30 HF in each area. Initially, all existing HF should be stratified according to type, for example, outpatient hospital departments, health centers and dispensaries. Unequal sampling probabilities may be used in these strata. Usually, a larger proportion of HF are selected in strata with fewer HF. For example, if there is only one hospital outpatient department it should be selected; say, 4 of the 8 health centers selected, and 20 of the 50 dispensaries. The use of different sampling fractions will require a weighted analysis.

Within each type of facility, the list should follow a geographical order, for example, from North to South. This will help ensure that the sample covers all types of facilities and the different parts of the study area (this is known as “implicit stratification”).

If the HFS includes more than one district in each (IMCI or comparison) area, two options are possible. The first is to sample from each district on the basis of utilization; if, say, 60% of underfive attendances in the whole area occur in district *A* and 40% in district *B*, and 30 facilities are to be sampled, then district *A* should contribute with 18 HF and *B* with 12. Alternatively - or if utilization data are not available - the proportions of all HF in the district selected should be the same. For example, 15 of 45 HF in district *A* and 12 of 36 HF in *B*.

Procedures for systematic sampling will not be described here; standard sampling textbooks should be consulted if required.

The order in which facilities will be visited will be defined by the study supervisor, based only on logistic (distance and travel routes) criteria.

Selecting children within a facility

For each HF selected, the survey team will attempt to include all children attending in the day of the survey. If a mother brings two sick children to the facility, both will be observed. Exit interviews will be conducted with the caretakers of each child for whom case management is observed.

¹ For convenience, HFS surveys often exclude low utilization facilities. We are proposing that these should be included, particularly due to the need to cost health care in all types of facilities, and since small facilities may incur in substantially different costs.

Based on the Peruvian HFS pilot trial, six children a day can be comfortably followed by a survey team. If there are more children than can be handled, the survey team should observe as many as feasible, but also record the total number of attendances, including those that could not be observed. This information will be used later for weighing¹ the results.

Where more than one health worker manages children and it is not possible to observe all consultations (as in a large HF), the supervisor will inquire about the rough proportion of sick children who are usually seen by each health worker, and sample accordingly. For example, if the team can observe 8 children, and health worker *A* usually sees about 75% of the sick children (and health worker *B* 25%), then the team will attempt to observe, say, 6 children from this health worker, and 2 from health worker *B*.

Strict probability sampling of children attending large HF is logistically difficult because children arrive at different times and it is not possible to predict how many will show up in the survey day. Children who arrive early may therefore have a higher probability of being included than those arriving late in the day. For the purposes of the MCE, such rigor is not required; biases are unlikely to be important since the same sampling procedures will be used both in the IMCI and comparison areas.

Estimating the required sample size

Table 2 shows the 18 priority HFS indicators. Only five of these indicators use all sick children as the denominator; one applies to caretakers of sick children (who will often be fewer than the number of children since some caretakers may bring two or more children); six indicators are facility-based; and the remaining six are based on subsamples of sick children (those under two years of age; those needing antibiotics or antimalarials; those not needing these drugs; those needing referral; those needing immunizations; and those prescribed antibiotics, antimalarials or ORS). Table 2 also shows the approximate proportions of children or facilities that constitute the denominators of these indicators, based on the Peru HFS results.

These different denominators have important implications for sample sizes. For example, if only 10% of the children need referral, sample sizes for this indicator will have to be ten times higher than those for an indicator covering all sick children.

Table 3 shows the number of children required in each group (IMCI or comparison) to detect a difference of 10, 20, 30, 40 and 50 percent points². In Table 3, the alpha level was set at 5%, one-tailed (assuming IMCI can only improve case-management). Statistical power was set at 80% and the design effect due to the clustering by facility at 2.0³.

¹ The weight will be equal to the total number of attenders divided by the number of children observed.

² The closer the observed proportions are to 50%, the larger the sample. For example, to detect a difference between 10% and 20% requires 314 children but to detect a difference between 45% and 55%, 618 are needed. The calculations in Table 3 refer to worst-case sampling scenarios, that is, differences centered on 50%.

³ The magnitude of the design effect will be revised when further results come in from the pilot HFS.

The shaded areas in Table 3 show the differences that would be picked up by what is now regarded as a typical HFS, with 30 HF with five children each¹. For indicators relating to all children, differences of 20 percentage points would be picked up, but for the remaining indicators the study power is rather low and only larger differences would be detected.

Work is currently in progress to develop a series of summary indices for use in the MCE HFS. Examples would include an index of correct assessment, an index of correct management of mild and moderate illness (including counseling) and an index of “facility readiness” to deliver IMCI (including availability of trained workers, drugs, equipment and supplies. Each index will be a ratio between the number of procedures/items that should be carried out/available and those that actually are carried out/available, as judged by the supervisor. This approach would not require major changes in the existing HFS instruments, but it would require new plans of analysis.

Use of indices would result in quantitative variables. Table 4 shows hypothetical sample size calculations for differences in the mean scores between IMCI and comparison areas, using the same assumptions as above. The ability to pick up differences will vary according to the standard deviation of the score, but clearly sample sizes will be smaller than for comparing stand-alone dichotomous variables.

A special challenge is the assessment of quality of care for severely ill children. These account for 10% or less of all attenders, so sample sizes based on actual observations of these children would be prohibitive. An alternative is to develop “scenarios” in which case examples are used to assess health workers’ knowledge of correct case management for severely-ill children. These scores could be combined with other health system variables (e.g., availability of referral, availability of pre-referral drugs) to develop an index of readiness for the management of severely-ill children. A similar approach could be used for young infants.

Although results based on scenarios certainly have less validity than observations, they will provide at least some evidence on the quality of care for conditions that occur too rarely to be evaluated through the standard HFS method.

Conclusions

The sampling requirements of HFS in the context of the MCE are discussed. A simple procedure for sampling health facilities and children is proposed. Precise calculation of required sample sizes is not possible at present, but due to logistic and budgetary considerations it is recommended that 30 HF should be included in the sample, and if possible all children attending each of these HF on the survey day should be observed.

¹ We are allowing for the fact that six children will not be available at every HF included, so that the average number of children observed will be five per HF (note that even this may be an overestimate).

Principal Investigator (last, first, middle): **Arifeen, Shams, El**

Table 1. Possible designs for health facility surveys for evaluating different aspects of IMCI.

	Design 1	Design 2	Design 3
Ultimate objective	To show that IMCI results in improved quality of care at a reasonable cost (as in the Multi-Country Evaluation)	Describe quality of care, utilization, caretaker knowledge, health systems support and costs associated with IMCI implementation	Evaluate quality of IMCI training
Survey objective	Describe health care in a defined geographical area and compare it to another area (or pre-post comparison)	Describe health care in HF implementing IMCI in a given area	Describe health care provided by IMCI-trained HW at HF in a given area
Universe	Implementation area (often a district)	HF implementing IMCI	IMCI-trained HW
Target population	All sick children attending HF in a geographical area	Sick children attending HF implementing IMCI	Sick children seen by IMCI trained HW
Sample of children	Representative sample of all sick children attending HF	Representative sample of sick children seen in IMCI HF (or targeted for IMCI)	Representative sample of sick children seen by IMCI trained HW (or targeted for IMCI)
Sampling design	Systematic sample of all HF in the area (stratified by type and listed in geographical order) Include all children seen in the HF in the survey day	Exclude low utilization and non-IMCI facilities. Sample eligible HF with probability proportionate to utilization and recruit a fixed number of children in each HF; Or take a systematic sample of all HF in the area (stratified by type and listed in geographical order) and take all children seen in the HF in the survey day.	Random or systematic sample of all IMCI-trained HW Fixed number of children per HW
Probable designs	IMCI versus comparison area Pre-post	Post implementation Pre-post?	Post training

Principal Investigator (last, first, middle): **Arifeen, Shams, El**

	IMCI versus other HFs?		
	Design 1	Design 2	Design 3
Type of inference	Strong plausibility	Adequacy Weak plausibility?	Adequacy
Statistical testing	Very important	Less important	Unimportant
Target audiences	International organization, MoH, donors	National and district managers	National and district managers, trainers
Costs assessment	Included	Not included (?)	Not included
Linkage to household survey data	Possible	Not possible	Not possible

Table 2. List of priority indicators for IMCI at health-facility level (CAH Proposal, 23 August 1999) and corresponding denominators.

Indicator	Denominator (% of all sick children) ^a
Child checked for three general danger signs	All children (100%)
Child checked for the presence of cough, diarrhoea, and fever	All children (100%)
Child's weight checked against a growth chart	All children (100%)
Child's vaccination status checked	All children (100%)
Child under two years of age assessed for feeding	Children under 2 years (60%)
Child needing oral antibiotic and/or antimalarial is prescribed drug(s) correctly	Children needing antibiotic or antimalarial (40% in malarial areas; 15% otherwise)
Child not needing antibiotic leaves the facility without antibiotic	Children not needing antibiotic or antimalarial (60% in malarial areas; 85% otherwise)
Caretaker of sick child is advised to give extra fluids and continue feeding	All children (100%)
Child needing vaccinations leaves facility with all needed vaccinations	Children needing vaccination (20%)
Caretaker of child who is prescribed ORS and/or oral antibiotic and/or an antimalarial can describe how to give the treatment	Children prescribed ORS, antibiotic or antimalarial (15-50% depending on malaria risk and ORS policy)
Child needing referral is referred	Children needing referral (10%)
Health facility received at least one supervisory visit that included observation of case management during the previous six months	Health facilities
Index of availability of essential oral treatments	Health facilities
Index of availability of injectable drugs for pre-referral treatment	Health facilities
Health facility has the equipment and supplies to provide full vaccination services	Health facilities
Index of availability of four vaccines	Health facilities
Health facilities with at least 60% of health workers who manage children trained in IMCI	Health facilities
Caretaker satisfaction	All caretakers (90% of all children) ^b

- f) Percent of all children in the Peru field test of the HFS.
g) Assuming one in each ten caretakers takes two children for a consultation.

Table 3. Number of sick children required in each group (IMCI and comparison) to detect a given difference in percent points. Shaded areas show sample sizes of 150 children or less. Assumptions: alpha 0.05 one-tailed; beta 0.20; design effect 2.0; percent point differences represent worst-case sampling scenarios, i.e. closest to 50%.

Indicator	Percent of children	Smallest detectable difference (percent points)				
		10	20	30	40	50
Child checked for three general danger signs	100%	618	153	67	37	23
Child checked for the presence of cough, diarrhoea, and fever	100%	618	153	67	37	23
Child's weight checked against a growth chart	100%	618	153	67	37	23
Child's vaccination status checked	100%	618	153	67	37	23
Child under two years of age assessed for feeding	60%	1030	255	111	61	38
Child needing oral antibiotic and/or antimalarial is prescribed drug(s) correctly	15% ^a	4119	1019	445	244	151
Child not needing antibiotic leaves the facility without antibiotic	85% ^a	727	180	79	43	27
Caretaker of sick child is advised to give extra fluids and continue feeding	100%	618	153	67	37	23
Child needing vaccinations leaves facility with all needed vaccinations	20%	3090	764	334	183	113
Caretaker of child who is prescribed ORS and/or oral antibiotic and/or an antimalarial can describe how to give the treatment	20%	4119	1019	445	244	151
Child needing referral is referred	10%	6179	1529	668	366	226
Caretaker satisfaction	90%	687	170	74	41	25

Table 4. Number of sick children required in each group (IMCI and comparison) to detect a given difference in mean scores, according to different magnitudes of the standard deviation. Shaded areas show sample sizes of 150 children or less. Assumptions: alpha 0.05 one-tailed; beta 0.20; design effect 2.0.

Difference between areas	Standard deviation of score			
	0.5	0.7	1	1.5
0.3	69	135	274	618
0.4	39	76	154	347
0.5	24	48	98	222
0.7	13	24	50	113
1	6	12	24	56

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
Voluntary Verbal Consent Form (ENGLISH)

Title of the Research Project: An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Principal Investigator: Shams El Arifeen

(Information sheet to obtain consent from participants in the Demographic Household Survey)
ICDDR,B # 1999-009

Investigators should seek consent from the mother, father or appropriate guardian using the following information, given as an explanation in Bangla.

Sister/Brother Greetings (Assalamualaikum/Adab),

We work at the Matlab Cholera Hospital (ICDDR,B). ICDDR,B is working with the Government of Bangladesh and the World Health Organisation to assess the effect of improved health services for childhood illness. We are presently working on how to improve the health and health care services for children. In this effort we have improved the health services for children in certain health centres in the area. We are trying to find out whether these improved health services result in better health of children in the community. Information that we will collect from you and others in the community will help us to understand the usefulness of these improved health services for children. It will also help us to understand how to enhance these improved child health services so that they become more effective.

To help us do this, we would like to ask you a few questions today about yourself, your family and your child and previous births. If you have a child who is less than 5 years old, someone may visit you again in about a month to ask more about feeding and health of the child, how you take care of the child, and where you go for treatment if your child is sick and how much you have to pay for that. That person will also measure the weight and height of your child. If you have a sick child, someone may come to visit you again to check whether the child has recovered and what you have done for the treatment of the child.

There are no major risks involved in this study. If you participate, the information we collect from you will contribute to improving the child health services in Bangladesh and elsewhere. If you agree, I will ask you few questions today that may take about 10-15 minutes. We would like to take notes while we are talking so that we can remember what you have told us.

Your participation in this research is completely voluntary. You may also refuse to answer questions or stop the interview at any time. If you decide not to take part in the study, it will not change the services that you and/or your family receives from ICDDR,B in any way. In the case that you decide to remove yourself from the study, the information you have already provided will be kept confidential and will not be shared with anyone.

All paper records related with this study will be kept in our offices in the Matlab Diarrhoea Hospital and the Dhaka offices of ICDDR,B. The information will be kept in a secure place so that other people who are not related with the study cannot have access to it. Any study records that are taken from ICDDR,B will not have any of the names of families or children who took part in the study.

If you have any problems or questions, you may contact the principal investigator, Dr. Shams El Arifeen, at the address and number below:

ICDDR,B Mohakhali, Dhaka
Phone: 881 0115 (Dhaka)

Do you have any question? Yes No

Do you agree to participate in the study?

- () Does not agree to participate. (Thanks for giving your precious time)
() Agrees to participate

Would you be able to talk now? (Thanks)

For the Interviewer

The information in the consent form was read out loud and the respondent clearly understood the contents of the consent form.

Signature of the Interviewer _____

Date: _____

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
Voluntary Verbal Consent Form (ENGLISH)

Title of the Research Project: An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Principal Investigator: Shams El Arifeen

(Information sheet to obtain consent from participants in the Household Health and Morbidity Survey including the Rolling Surveys)

ICDDR,B # 1999-009

Investigators should seek consent from the mother, father or appropriate guardian using the following information, given as an explanation in Bangla.

Sister/Brother Greetings (Assalamualaikum/Adab),

We work at the Matlab Cholera Hospital (ICDDR,B). ICDDR,B is working with the Government of Bangladesh and the World Health Organisation to assess the effect of improved health services for childhood illness. We are presently working on how to improve the health and health care services for children. In this effort we have improved the health services for children in certain health centres in the area. We are trying to find out whether these improved health services result in better health of children in the community. Information that we will collect from you and others in the community will help us to understand the usefulness of these improved health services for children. It will also help us to understand how to enhance these improved child health services so that they become more effective.

To help us do this, we would like to ask you a few questions today about yourself, your family and your child. We will ask about feeding and health of your child less than 5 years old, how you take care of the child, and where you go for treatment if your child is sick and how much you have to pay for that. We will also measure the weight and height of your child. If your child is sick today, We may come to visit you again to check whether the child has recovered and what you have done for the treatment of the child.

There are no major risks involved in this study. If you participate, the information we collect from you will contribute to improving the child health services in Bangladesh and elsewhere. If you agree, I will ask you few questions today that may take about 45 minutes. We would like to take notes while we are talking so that we can remember what you have told us.

Your participation in this research is completely voluntary. You may also refuse to answer questions or stop the interview at any time. If you decide not to take part in the study, it will not change the services that you and/or your family receives from ICDDR,B in any way. In the case that you decide to remove yourself from the study, the information you have already provided will be kept confidential and will not be shared with anyone.

All paper records related with this study will be kept in our offices in the Matlab Diarrhoea Hospital and the Dhaka offices of ICDDR,B. The information will be kept in a secure place so that other people who are not related with the study cannot have access to it. Any study records that are taken from ICDDR,B will not have any of the names of families or children who took part in the study.

If you have any problems or questions, you may contact the principal investigator, Dr. Shams El Arifeen, at the address and number below:

ICDDR,B Mohakhali, Dhaka
Phone: 881 0115 (Dhaka)

Do you have any question? Yes No

Do you agree to participate in the study?
() Does not agree to participate. (Thanks for giving your precious time)
() Agrees to participate

Would you be able to talk now? (Thanks)

For the Interviewer

The information in the consent form was read out loud and the respondent clearly understood the contents of the consent form.

Signature of the Interviewer _____

Date: _____

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
Voluntary Verbal Consent Form (ENGLISH)

Title of the Research Project: An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Principal Investigator: Shams El Arifeen

(Information sheet to obtain consent from participants for the Verbal Autopsy and Death Audit Interviews)
ICDDR,B # 1999-009

Investigators should seek consent from the mother, father or appropriate guardian using the following information, given as an explanation in Bangla.

Sister/Brother Greetings (Assalamualaikum/Adab),

We work at the Matlab Cholera Hospital (ICDDR,B). ICDDR,B is working with the Government of Bangladesh and the World Health Organisation to assess the effect of improved health services for childhood illness. We are presently working on how to improve the health and health care services for children. In this effort we have improved the health services for children in certain health centres in the area. We are trying to find out whether these improved health services result in better health of children in the community. Information that we will collect from you and others in the community will help us to understand the usefulness of these improved health services for children. It will also help us to understand how to enhance these improved child health services so that they become more effective.

We are trying to collect in-depth information regarding the causes of child death in this area over the last 6 months/2 years. This information will help us comprehend better the cause of death and what transpired before the child's death and assess ways to reduce child mortality in the future.

We know that a child from this household died within the last 6 months/2 years. We would like to ask you a few questions today about this child, the illness that he/she suffered from and the events that led to his/her death. We know that we may ask you very sensitive questions regarding a tragic incident in your life. While there are no personal benefits to participating in this study, we are hoping that we will be able to reduce the risk of such fatal incidents in the future.

There are no major risks involved in this study. If you participate, the information we collect from you will contribute to improving the child health services in Bangladesh and elsewhere. If you agree, I will ask you few questions today that may take 1 to 1½ hours. We would like to take notes while we are talking so that we can remember what you have told us.

Your participation in this research is completely voluntary. You may also refuse to answer questions or stop the interview at any time. If you decide not to take part in the study, it will not change the services that you and/or your family receives from ICDDR,B in any way. In the case that you decide to remove yourself from the study, the information you have already provided will be kept confidential and will not be shared with anyone.

All paper records related with this study will be kept in our offices in the Matlab Diarrhoea Hospital and the Dhaka offices of ICDDR,B. The information will be kept in a secure place so that other people who are not related with the study cannot have access to it. Any study records that are taken from ICDDR,B will not have any of the names of families or children who took part in the study.

If you have any problems or questions, you may contact the principal investigator, Dr. Shams El Arifeen at the address and number below:

ICDDR,B Mohakhali, Dhaka
Phone: 881 0115 (Dhaka)

Do you have any question?

Yes No

Do you agree to participate in the study?

() Does not agree to participate. (Thanks for giving your precious time)

() Agrees to participate

Would you be able to talk now? (Thanks)

For the Interviewer

The information in the consent form was read out loud and the respondent clearly understood the contents of the consent form.

Signature of the Interviewer

Date: _____

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
Voluntary Verbal Consent Form (ENGLISH)

Title of the Research Project: An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Principal Investigator: Shams El Arifeen

(Information sheet to obtain consent from participants in the Caretaker Interview in the Health Facility Survey)
ICDDR,B # 1999-009

Investigators should seek consent from the mother, father or appropriate guardian using the following information, given as an explanation in Bangla.

Sister/Brother Greetings (Assalamualaikum/Adab),

We work at the Matlab Cholera Hospital (ICDDR,B). ICDDR,B is working with the Government of Bangladesh and the World Health Organisation to assess the effect of improved health services for childhood illness. We are presently working on how to improve the health and health care services for children. In this effort we have improved the health services for children in certain health centres in the area. We are trying to find out whether these improved health services result in better health of children in the community. Information that we will collect from you and others in the community will help us to understand the usefulness of these improved health services for children. It will also help us to understand how to enhance these improved child health services so that they become more effective.

Today me and my colleagues to understand about children with common illnesses who are coming to this health facility for treatment, and how they are routinely assessed and treated in health facilities. A member of our team would like to observe the consultation between your child and health worker. Following your consultation another member of our team would like to ask you some questions about your experience during the consultation. There are no risks or direct benefits to you from participating in the survey but your participation will contribute to improving health services in this and other facilities. If you agree, I will ask you few questions today that may take about 10-15 minutes. We would like to take notes while we are talking so that we can remember what you have told us.

Your participation in this research is completely voluntary. You may also refuse to answer questions or stop the interview at any time. If you decide not to take part in the study, it will not change the services that you and/or your family receives from ICDDR,B in any way. In the case that you decide to remove yourself from the study, the information you have already provided will be kept confidential and will not be shared with anyone.

All paper records related with this study will be kept in our offices in the Matlab Diarrhoea Hospital and the Dhaka offices of ICDDR,B. The information will be kept in a secure place so that other people who are not related with the study cannot have access to it. Any study records that are taken from ICDDR,B will not have any of the names of families or children who took part in the study.

If you have any problems or questions, you may contact the principal investigator, Dr. Shams El Arifeen, at the address and number below:

ICDDR,B Mohakhali, Dhaka
Phone: 881 0115 (Dhaka)

Do you have any question?

Yes No

Do you agree to participate in the study?

() Does not agree to participate. (Thanks for giving your precious time)

() Agrees to participate

Would you be able to talk now? (Thanks)

For the Interviewer

The information in the consent form was read out loud and the respondent clearly understood the contents of the consent form.

Signature of the Interviewer

Date: _____

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh

Voluntary Consent Form (BANGLA)

Title of the Research Project: An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Principal Investigator: Shams El Arifeen

(Information sheet to obtain consent from participants in the Demographic Household Survey)
ICDDR,B # 1999-009

Investigators should seek consent from the mother, father or appropriate guardian using the following information, given as an explanation in Bangla.

আপা/ভাই, আসসালামু আলাইকুম/ আদাব,

আমরা মতলবের কলেরা (আই সি ডি ডি আর,বি) হাসপাতালে কাজ করি। আই সি ডি ডি আর,বি, বাংলাদেশ সরকার ও বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার যৌথ সহযোগীতায় শিশুদের অসুখের জন্য উন্নততর স্বাস্থ্য ব্যবস্থার মূল্যায়ন করছে। শিশুদের চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য কি ভাবে আরও উন্নত করা যায় সেটা নিয়ে আমরা বর্তমানে কাজ করছি। কিছু সংখ্যক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে আমরা স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উন্নয়ন করেছি। এই উন্নত ব্যবস্থার ফলে শিশুদের স্বাস্থ্য ভাল হয় কিনা তা আমরা জানার চেষ্টা করছি। আপনার ও আপনার এলাকার অন্যদের কাছ থেকে আমরা যে তথ্য পাব তার সাহায্যে আমরা এই উন্নততর শিশু স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উপকারিতা সম্পর্কে এবং এই ব্যবস্থাকে আরো ভাল কি ভাবে করা যায় বুঝতে পারবো।

এই কাজে সাহায্য করার জন্য আমরা আজ আপনাকে আপনার, আপনার পরিবার ও আপনার শিশুদের সম্পর্কে কিছু প্রশ্ন করব। আপনার যদি ৫ বছরের কম বয়সের বাচ্চা থাকে তাহলে আমাদের অফিস থেকে কেউ প্রায় এক মাস পর আপনার কাছে আসতে পারে। তিনি আপনার শিশুর খাওয়া দাওয়া ও স্বাস্থ্য সম্পর্কে, আপনি শিশুর দেখাচনা কিভাবে করছেন এবং তার চিকিৎসার জন্য কোথায় যান ও তাতে কত খরচ হয় ইত্যাদি সম্পর্কে জানতে চাবে, আপনার শিশুর ওজন ও মাপ নেবে। আপনার শিশু যদি অসুস্থ হয় তাহলে শিশু ভাল হয়েছে কিনা এবং তার চিকিৎসার জন্য আপনি কি করেছেন সে সম্পর্কে খোজ নিতে কিছুদিন পর কেউ আপনার কাছে আসতে পারে।

এই গবেষণায় অংশগ্রহণে কোন বড় ঝুঁকি নাই। আপনি যদি এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করেন তবে আপনার কাছ থেকে আমরা যে তথ্য পাব তা বাংলাদেশ ও বিশ্বের অন্যত্র শিশু স্বাস্থ্য ব্যবস্থা উন্নয়নে বিশেষ অবদান রাখবে। আপনি যদি সম্মত থাকেন তাহলে আজকে আমরা ১০-১৫ মিনিটের জন্য আপনাকে কিছু প্রশ্ন করব। আপনার সাথে কথা-বার্তার সময় আমরা কিছু কথা কাগজে লিখে রাখতে চাই যাতে আপনি যা বলেছেন তা আমরা স্মরণ করতে পারি।

এই কাজে আপনার অংশগ্রহণ সম্পূর্ণ আপনার ইচ্ছার উপর নির্ভর করছে। আপনার প্রয়োজনে কোন প্রশ্নের উত্তর আপনি নাও দিতে পারেন অথবা যে কোন সময় সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহণ থেকে বিরত থাকার অধিকার আপনার আছে। আপনি যদি এই কাজে অংশগ্রহণ নাও করেন তবুও আপনি ও আপনার পরিবার কলেরা হাসপাতাল থেকে বরাবর যে সেবা পেয়ে এসেছেন তার কোন পরিবর্তন হবে না। আপনি যদি কখনও গবেষণা থেকে নিজেকে সরিয়ে নেন তাহলে গবেষণা কাজের সাথে জড়িত আপনার সকল কাগজপত্র নিরাপদে রাখা হবে এবং কারও কাছে দেখানো হবে না।

এই গবেষণা কাজের সাথে জড়িত সকল কাগজপত্র আইসিডিডিআরবির মতলব ও ঢাকা অফিসে নিরাপদে রাখা হবে যাতে একাজের সাথে জড়িত নয় এমন কেই কাগজপত্র দেখতে না পারে। যে সকল কাগজপত্র আইসিডিডিআরবির বাইরে নেয়া হবে সেখানে আপনার, আপনার শিশুর বা আপনার পরিবারের কারও নাম থাকবে না।

আপনার যদি কোন সমস্যা বা প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনি এই গবেষণার প্রিন্সিপাল ইনভেস্টিগেটর ডা: সামস্ এল আরেফিনের সাথে নিচের ঠিকানায় সরাসরি যোগাযোগ করতে পারেন:
আই সি ডি ডি আর, বি মহাখালী, ঢাকা
ফোন: ৮৮১ ০১১৫ (ঢাকা)

আপনার কি কোন প্রশ্ন আছে? হ্যাঁ না

আপনি কি এই গবেষণায় অংশ নিতে আগ্রহী?

- () সাক্ষাৎকার দিতে রাজী নন। (সময় দেয়ার জন্য তাকে ধন্যবাদ জানান)
() সাক্ষাৎকার দিতে রাজী হয়েছেন।

আপনি কি এখন কথা বলতে পারবেন? ধন্যবাদ।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর জন্য

সম্মতিপত্রের সকল তথ্য উত্তরদাতাকে স্পষ্টভাবে পড়ে শোনানো হয়েছে এবং তিনি সম্মতিপত্রে প্রদত্ত তথ্য পরিষ্কারভাবে বুঝতে পেরেছেন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর

তারিখঃ _____

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh

Voluntary Consent Form (BANGLA)

Title of the Research Project: An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Principal Investigator: Shams El Arifeen

(Information sheet to obtain consent from participants in the Household Health and Morbidity Survey including the Rolling Surveys) ICDDR,B # 1999-009

Investigators should seek consent from the mother, father or appropriate guardian using the following information, given as an explanation in Bangla.

আপা/ভাই, আসসালামু আলাইকুম/ আদাব,

আমরা মতলবের কলেরা (আই সি ডি ডি আর,বি) হাসপাতালে কাজ করি। আই সি ডি ডি আর,বি, বাংলাদেশ সরকার ও বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার যৌথ সহযোগীতায় শিশুদের অসুখের জন্য উন্নততর স্বাস্থ্য ব্যবস্থার মূল্যায়ন করছে। শিশুদের চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য কিভাবে আরও উন্নত করা যায় সেটা নিয়ে আমরা বর্তমানে কাজ করছি। কিছু সংখ্যক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে আমরা স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উন্নয়ন করেছি। এই উন্নত ব্যবস্থার ফলে স্থানীয় শিশুদের স্বাস্থ্য ভাল হয় কিনা তা আমরা জানার চেষ্টা করছি। আপনার ও আপনার এলাকার অন্যদের কাছ থেকে আমরা যে তথ্য পাব তার সাহায্যে আমরা এই উন্নততর শিশু স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উপকারীতা সম্পর্কে এবং এই ব্যবস্থাকে আরো ভাল কিভাবে করা যায় বুঝতে পারবো।

এই কাজে সাহায্য করার জন্য আমরা আজ আপনাকে আপনার, আপনার পরিবার ও আপনার শিশুদের সম্পর্কে কিছু প্রশ্ন করব। আমরা আপনার ৫ বৎসরের কম বয়সের শিশুর খাওয়া দাওয়া ও স্বাস্থ্য সম্পর্কে প্রশ্ন করব, আপনি শিশুর দেখাশোনা কিভাবে করছেন এবং তার চিকিৎসার জন্য কোথায় যান ও তাতে কত খরচ হয় ইত্যাদি সম্পর্কে জানতে চাব, আপনার শিশুর ওজন ও মাপ নেব। আপনার শিশু যদি অসুস্থ হয় তাহলে শিশু ভাল হয়েছে কিনা এবং তার চিকিৎসার জন্য আপনি কি করেছেন সে সম্পর্কে খোজ নিতে কিছুদিন পর কেউ আপনার কাছে আবার আসতে পারে।

এই গবেষণায় অংশগ্রহণে কোন বড় ঝুঁকি নাই। আপনি যদি এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করেন তবে আপনার কাছ থেকে আমরা যে তথ্য পাব তা বাংলাদেশ ও বিশ্বের অন্যান্য শিশু স্বাস্থ্য ব্যবস্থা উন্নয়নে বিশেষ অবদান রাখবে। আপনি যদি সম্মত থাকেন তাহলে আজকে আমরা আপনাকে কিছু প্রশ্ন করব যার জন্য ৪০ মিনিটের মত সময় লাগতে পারে। আপনার সাথে কথা-বার্তার সময় আমরা কিছু কথা কাগজে লিখে রাখতে চাই যাতে আপনি যা বলেছেন তা আমরা স্মরণ করতে পারি।

এই কাজে আপনার অংশগ্রহণ সম্পূর্ণ আপনার ইচ্ছার উপর নির্ভর করছে। আপনার প্রয়োজনে কোন প্রশ্নের উত্তর আপনি নাও দিতে পারেন অথবা যে কোন সময় সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহণ থেকে বিরত থাকার অধিকার আপনার আছে। আপনি যদি এই কাজে অংশগ্রহণ নাও করেন তবুও আপনি ও আপনার পরিবার কলেরা হাসপাতাল থেকে বরাবর যে সেবা পেয়ে এসেছেন তার কোন পরিবর্তন হবে না। আপনি যদি কখনও গবেষণা থেকে নিজেকে সরিয়ে নেন তাহলে গবেষণা কাজের সাথে জড়িত আপনার সকল কাগজপত্র নিরাপদে রাখা হবে এবং কারও কাছে দেখানো হবে না।

এই গবেষণা কাজের সাথে জড়িত সকল কাগজপত্র আইসিডিডিআরবি'র মতলব ও ঢাকা অফিসে নিরাপদে রাখা হবে যাতে একাজের সাথে জড়িত নয় এমন কেই কাগজপত্র দেখতে না পারে। যে সকল কাগজপত্র আইসিডিডিআরবি'র বাইরে নেয়া হবে সেখানে আপনার, আপনার শিশুর বা আপনার পরিবারের কারও নাম থাকবে না।

আপনার যদি কোন সমস্যা বা প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনি এই গবেষণার প্রিন্সিপাল ইনভেস্টিগেটর ডা: সামস্ এল আরেফিনের সাথে নিচের ঠিকানায় সরাসরি যোগাযোগ করতে পারেন:

আই সি ডি ডি আর, বি মহাশালী, ঢাকা
ফোন: ৮৮১ ০১১৫ (ঢাকা)

আপনার কি কোন প্রশ্ন আছে? হ্যাঁ না

আপনি কি এই গবেষণায় অংশ নিতে আগ্রহী?
() সাক্ষাৎকার দিতে রাজী নন। (সময় দেয়ার জন্য তাকে ধন্যবাদ জানান)
() সাক্ষাৎকার দিতে রাজী হয়েছেন।

আপনি কি এখন কথা বলতে পারবেন? ধন্যবাদ।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর জন্য

সম্মতিপত্রের সকল তথ্য উত্তরদাতাকে স্পষ্টভাবে পড়ে শোনানো হয়েছে এবং তিনি সম্মতিপত্রে প্রদত্ত তথ্য পরিষ্কারভাবে বুঝতে পেরেছেন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর

তারিখঃ _____

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh

Voluntary Consent Form (BANGLA)

Title of the Research Project: An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Principal Investigator: Shams El Arifeen

(Information sheet to obtain consent from participants for the Verbal Autopsy and Death Audit Interviews)
ICDDR,B # 1999-009

Investigators should seek consent from the mother, father or appropriate guardian using the following information, given as an explanation in Bangla.

আপা/ভাই, আসসালামু আলাইকুম/ আদাব,

আমরা মতলবের কপেরা (আই সি ডি ডি আর, বি) হাসপাতালে কাজ করি। আই সি ডি ডি আর, বি, বাংলাদেশ সরকার ও বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার যৌথ সহযোগীতায় শিশুদের অসুখের জন্য উন্নততর স্বাস্থ্য ব্যবস্থার মূল্যায়ন করছে। শিশুদের চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য কিভাবে উন্নত করা যায় সেটা নিয়ে আমরা বর্তমানে কাজ করছি। কিছু সংখ্যক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে আমরা স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উন্নয়ন করছি। এই উন্নত ব্যবস্থার ফলে স্থানীয় শিশুদের স্বাস্থ্য ভাল হয় কিনা তা আমরা জানার চেষ্টা করছি। আপনার ও আপনার এলাকার অন্যদের কাছ থেকে আমরা যে তথ্য পাব তার সাহায্যে আমরা এই উন্নততর শিশু স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উপকারীতা সম্পর্কে এবং এই ব্যবস্থাকে আরো ভাল কিভাবে করা যায় বুঝতে পারবো।

গত ছয় মাসের/ ২ বছরের মধ্যে যে সকল শিশু এই এলাকায় মারা গেছে, আমরা তাদের মৃত্যুর কারণ সম্পর্কে তথ্য জানার চেষ্টা করছি। এই সকল তথ্য শিশু মৃত্যুর প্রকৃত কারণ সম্পর্কে আমাদেরকে স্পষ্ট ধারণা দিতে সাহায্য করবে, ফলে ভবিষ্যতে শিশু মৃত্যু কিভাবে কমানো যায় তার উপায় বের করা সহজ হবে।

আমরা জানতে পেরেছি যে, এই বাড়ীতে গত ৬ মাস / ২ বছরের মধ্যে একটি শিশু মারা গেছে। আজকে আমরা আপনাকে সেই শিশুর রোগ - বলাই বা সে কি অসুখে ভুগছিল এবং মারা যাওয়ার আগে কি কি ঘটেছিল সেই সম্পর্কে কিছু প্রশ্ন করতে চাই। আমরা জানি, আমরা হয়ত আজকে আপনাকে আপনার জীবনের খুব দুঃখজনক ঘটনা সম্পর্কে কিছু প্রশ্ন করব যা আপনাকে মনঃকষ্ট দিতে পারে। যদিও এই গবেষণায় অংশ গ্রহন করলে আপনার ব্যক্তিগত কোন লাভ হবে না তবুও আমরা আপনার কাছ থেকে যে তথ্য পাব তা কাজে লাগিয়ে ভবিষ্যতে আমরা শিশু মৃত্যুর ঝুঁকির হার কমাতে পারব।

এই গবেষণায় অংশগ্রহনে কোন বড় ঝুঁকি নাই। আপনি যদি এই গবেষণায় অংশগ্রহন করেন তবে আপনার কাছ থেকে আমরা যে তথ্য পাব তা বাংলাদেশ ও বিশ্বের অন্যত্র শিশু স্বাস্থ্য ব্যবস্থা উন্নয়নে বিশেষ অবদান রাখবে। আপনি যদি সম্মত থাকেন তাহলে আজকে আমরা আপনাকে কিছু প্রশ্ন করব যার জন্য এক থেকে দেড় ঘন্টা সময় লাগতে পারে। আপনার সাথে কথা-বার্তার সময় আমরা কিছু কথা কাগজে লিখে রাখতে চাই যাতে আপনি যা বলেছেন তা আমরা স্মরণ করতে পারি।

এই কাজে আপনার অংশগ্রহন সম্পূর্ণ আপনার ইচ্ছার উপর নির্ভর করছে। আপনার প্রয়োজনে কোন প্রশ্নের উত্তর নাও দিতে পারেন অথবা যে কোন সময় সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহন থেকে বিরত থাকার অধিকার আপনার আছে। আপনি যদি এই কাজে অংশগ্রহন নাও করেন তবুও আপনি ও আপনার পরিবার কলেরা হাসপাতাল থেকে বরাবর যে সেবা পেয়ে এসেছেন তার কোন পরিবর্তন হবে না। আপনি যদি কখনও গবেষণা থেকে নিজেকে সরিয়ে নেন তাহলে গবেষণা কাজের সাথে জড়িত আপনার সকল কাগজপত্র নিরাপদে রাখা হবে এবং কারও কাছে দেবানো হবে না।

এই গবেষণা কাজের সাথে জড়িত সকল কাগজপত্র আইসিডিডিআরবি'র মতলব ও ঢাকা অফিসে নিরাপদে রাখা হবে যাতে একাজের সাথে জড়িত নয় এমন কেই কাগজপত্র দেখতে না পারে। যে সকল কাগজপত্র আইসিডিডিআরবি'র বাইরে নেয়া হবে সেখানে আপনার বা আপনার পরিবারের কারণে নাম থাকবে না।

আপনার যদি কোন সমস্যা বা প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনি এই গবেষণার প্রিন্সিপাল ইনভেস্টিগেটর ডা: সামস্ এল আরেফিনের সাথে নিচের ঠিকানায় সরাসরি যোগাযোগ করতে পারেন:
আই সি ডি ডি আর, বি মহাখালী, ঢাকা
ফোন: ৮৮১ ০১১৫ (ঢাকা)

আপনার কি কোন প্রশ্ন আছে? হ্যাঁ না

আপনি কি এই গবেষণায় অংশ নিতে অস্বীকার?

- () সাক্ষাৎকার দিতে রাজী নন। (সময় দেয়ার জন্য তাকে ধন্যবাদ জানান)
() সাক্ষাৎকার দিতে রাজী হয়েছেন।

আপনি কি এখন কথা বলতে পারবেন? ধন্যবাদ।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর জন্য

সম্মতিপত্রের সকল তথ্য উত্তরদাতাকে স্পষ্টভাবে পড়ে শোনানো হয়েছে এবং তিনি সম্মতিপত্রে প্রদত্ত তথ্য পরিষ্কারভাবে বুঝতে পেরেছেন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর

তারিখ: _____

**International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
Voluntary Consent Form (BANGLA)**

Title of the Research Project: An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Principal Investigator: Shams El Arifeen

*(Information sheet to obtain consent from participants in the Caretaker Interview in the Health Facility Survey)
ICDDR,B # 1999-009*

Investigators should seek consent from the mother, father or appropriate guardian using the following information, given as an explanation in Bangla.

আপা/ভাই, আসনালামু আলাইকুম/ আদাব,

আমরা মতলবের কলেজ (আই সি ডি ডি আর, বি) হাসপাতালে কাজ করি। আই সি ডি ডি আর, বি, বাংলাদেশ সরকার ও বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার যৌথ সহযোগীতায় শিশুদের অসুস্থের জন্য উন্নততর স্বাস্থ্য ব্যবস্থার মূল্যায়ন করছে। শিশুদের চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য কিভাবে উন্নত করা যায় সেটা নিয়ে আমরা বর্তমানে কাজ করছি। কিছু সংখ্যক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে আমরা স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উন্নয়ন করছি। এই উন্নত ব্যবস্থার ফলে স্থানীয় শিশুদের স্বাস্থ্য ভাল হয় কিনা তা আমরা জানার চেষ্টা করছি। আপনার ও আপনার এলাকার অন্যদের কাছ থেকে আমরা যে তথ্য পাব তার সাহায্যে আমরা এই উন্নততর শিশু স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উপকারিতা সম্পর্কে এবং এই ব্যবস্থাকে আরো ভাল কিভাবে করা যায় বুঝতে পারবো।

যে সকল অসুস্থ শিশু এই স্বাস্থ্য কেন্দ্রে চিকিৎসার জন্য এসেছে তাদের কিভাবে পরীক্ষা করা হয় ও চিকিৎসা দেয়া হয় তা আজকে আমি ও আমার সঙ্গীরা জানার চেষ্টা করছি। আপনার শিশুকে যখন স্বাস্থ্য-কর্মী পরীক্ষা করবেন তখন আমাদের মধ্যে একজন তা দেখবেন। তার পর আমার অপর সঙ্গী আপনাকে কিছু প্রশ্ন করবেন এবং আজকে আপনার এখানের অভিজ্ঞতা সম্পর্কে জানবেন। এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করার ফলে আপনার সরাসরি কোন লাভ বা ক্ষতি হবে না, তবে এই ও আশে-পাশের স্বাস্থ্য কেন্দ্রের স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উন্নতি সাধনে সাহায্য করবে। আপনি যদি সম্মত থাকেন তাহলে আজকে আমরা ১০-১৫ মিনিটের জন্য আপনাকে কিছু প্রশ্ন করব। আপনার সাথে কথা-বার্তার সময় আমরা কিছু কথা কাগজে লিখে রাখতে চাই যাতে আপনি যা বলেছেন তা আমরা স্মরণ করতে পারি।

এই কাজে আপনার অংশগ্রহণ সম্পূর্ণ আপনার ইচ্ছার উপর নির্ভর করছে। আপনার প্রয়োজনে কোন প্রশ্নের উত্তর আপনি নাও নিতে পারেন অথবা যে কোন সময় সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহণ থেকে বিরত থাকার অধিকার আপনার আছে। আপনি যদি এই কাজে অংশগ্রহণ নাও করেন তবুও আপনি ও আপনার পরিবার কলেজ হাসপাতাল থেকে বরাবর যে সেবা পেয়ে এসেছেন তার কোন পরিবর্তন হবে না। আপনি যদি কখনও গবেষণা থেকে নিজেকে সরিয়ে নেন তাহলে গবেষণা কাজের সাথে জড়িত আপনার সকল কাগজপত্র নিরাপদে রাখা হবে এবং কারও কাছে দেখানো হবে না।

এই গবেষণা কাজের সাথে জড়িত সকল কাগজপত্র আইসিডিডিআরবির মতলব ও ঢাকা অফিসে নিরাপদে রাখা হবে যাতে একাজের সাথে জড়িত নয় এমন কেই কাগজপত্র দেখতে না পারে। যে সকল কাগজপত্র আইসিডিডিআরবির বাইরে নেয়া হবে সেখানে আপনার, আপনার শিশুর বা আপনার পরিবারের কারও নাম থাকবে না।

আপনার যদি কোন সমস্যা বা প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনি এই গবেষণার প্রিন্সিপাল ইনভেস্টিগেটর ডা: সামসু এল আরেফিনের সাথে নিচের ঠিকানার সরাসরি যোগাযোগ করতে পারেন:

আই সি ডি ডি আর, বি মহাবাদী, ঢাকা
ফোন: ৮৮১ ০১১৫ (ঢাকা)

আপনার কি কোন প্রশ্ন আছে? হ্যাঁ না

আপনি কি এই গবেষণায় অংশ নিতে আগ্রহী?
() সাক্ষাৎকার দিতে রাজী নন। (সময় দেয়ার জন্য তাকে ধন্যবাদ জানান)
() সাক্ষাৎকার দিতে রাজী হয়েছেন।

আপনি কি এখন কথা বলতে পারবেন? ধন্যবাদ।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর জন্য

সম্মতিপত্রের সকল তথ্য উত্তরদাতাকে স্পষ্টভাবে পড়ে শোনানো হয়েছে এবং তিনি সম্মতিপত্রে প্রদত্ত তথ্য পরিষ্কারভাবে বুঝতে পেরেছেন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর

তারিখঃ _____

**DRAFT
DONOT
CIRCULATE**

Multi-Country Evaluation of IMCI

An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of
Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study

Report on the Baseline Surveys, 2001



ICDDR,B: Centre for Health and Population Research
Dhaka, Bangladesh
November, 2001

Revised : June 02, 2004

Prepared by:

Child Health Unit
Public Health Sciences Division
ICDDR,B: Centre for Health and Population Research
Mohakhali, Dhaka 1212
Bangladesh
<shams@icddr.org>

Study team:

Shams El Arifeen
Dewan M. Emdadul Hoque
Lauren Blum
Enayet Karim Chowdhury
Z. A. Motin Al Helal
Altaf Hossain
Shakil Ahmed
Rasheda Khan
Abdullah Hel Baqui
Mohammad Yunus
M Mahmud Khan
Robert E. Black
Tasnima Akter
Ashraf Uddin Siddik
J Patrick Vaughan
Harunor Rashid
Jyotsnamoy Chakraborty
Nitai Chakraborty

Contents

SECTION 1: STUDY OBJECTIVES AND DESIGN - BRIEF OVERVIEW	3
SECTION 2: HOUSEHOLD DEMOGRAPHIC SURVEY	5
2.1 METHODS	5
2.2 RESULTS	7
SECTION 2: HOUSEHOLD HEALTH AND MORBIDITY SURVEY	12
3.1 METHODS	12
3.2 RESULTS	13
SECTION 4: HEALTH FACILITY SURVEY	27
4.1 METHODS	27
4.2 RESULTS	28
ACKNOWLEDGEMENTS.....	35

Section 1: Study Objectives and Design - brief overview

IMCI is an integrated approach to child health that focuses on the well-being of the whole child. IMCI aims to reduce death, illness and disability, and to promote improved growth and development among children under 5 years of age. IMCI includes both preventive and curative elements that are implemented by families and communities as well as by health facilities. In health facilities, the IMCI strategy promotes the accurate identification of childhood illnesses in outpatient settings, ensures appropriate combined treatment of all major illnesses, strengthens the counselling of caretakers, and speeds up the referral of severely ill children. In the home setting, it promotes appropriate care-seeking behaviours, improved nutrition and preventative care, and the correct implementation of prescribed care. The strategy includes three main components: 1) Improving case management skills of health-care staff; 2) Improving overall health systems and 3) Improving family and community health practices. IMCI is implemented by working with local governments and ministries of health to plan and adapt the principles of this approach to local circumstances. 109 countries (Dec'2002) of the World are now at different phases of IMCI implementation. Bangladesh is now in the Expansion Phase of IMCI Implementation. IMCI was piloted in 3 upazilas (sub-districts) in 2002: Dhamrai, Dhaka in Jan 2002; Kahaloo, Bogra in Feb 2002 and Matlab, Chandpur in Feb 2002 : ICDDR,B is conducting studies in Matlab as part of the Multi-Country Evaluation of IMCI supported by WHO and USAID. By December 2003 15 additional upazilas have started IMCI. IMCI is also implemented by NGOs: starting with piloting in 15 health centers in 2002 and in 57 additional health centers in 2003.

The Matlab IMCI study is part of and is supported by World Health Organizations' Multi-Country Evaluation (MCE) of IMCI. It is designed as a multi-year study and has the primary aims of assessing the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) implemented in first-level health facilities, in association with community-based interventions to improve community and family practices. Impact will be evaluated in terms of changes in health status, including mortality and nutritional status outcomes. Additional study aims include the monitoring of quality, coverage and utilization of IMCI services, client satisfaction, and family and community practices related to IMCI; and the determination of the costs of optimal implementation of IMCI.

The study is being implemented in Matlab *thana* (sub-district) which has a population of about 500,000. ICDDR,B maintains a field site in Matlab where it operates a demographic surveillance covering a population of about 210,000 and provides direct child and reproductive health services in half of the surveillance population (.105,000). The remaining part of Matlab (.400,000) is served by the government and forms the primary study area of this project. The study design involves the stratification of first-level facilities of this part of Matlab thana on baseline characteristics, especially mortality, and then randomly being selected for IMCI intervention or control. In the intervention facilities, best possible implementation of IMCI service delivery is to be ensured along with strengthening of referral linkages. Existing community-based field staffs are involved in the implementation of an intensive community education intervention for improved care seeking and home management in the catchment areas of the intervention facilities. In the comparison facilities and their catchment areas, existing government services will continue. Data for evaluation is to be collected through baseline and repeat household and facility surveys. The project also monitoring quality, coverage and utilization of IMCI services, client satisfaction, and family and community practices related to IMCI, and measuring the costs of optimal implementation of IMCI.

This report presents the findings from the baseline surveys conducted in 2001 and the process for defining and randomization of intervention units.

The following baseline surveys were conducted:

- a. A Household Demographic Survey, based on a complete census of the study area, to provide:
 - Retrospective mortality information, collected using a Demographic Health Survey-type instrument and to estimate under-5 mortality rates for the catchment areas of each facility.
 - Limited information on household socio-economic and demographic characteristics.
 - Information on facility utilization to be used to classify a village as being within or outside the catchment area of a given facility.
 - Feeding information of children under 2 years of age.
- b. A Household Health and Morbidity Survey, on a systematic sub-sample of the households visited as part of the Demographic Survey. The sample size was estimated at 2,200 under-5 children. The survey includes information on child nutritional status (weight, height/length), under-5 morbidity, care-seeking practices associated with the episodes of morbidity, practices relating to home care and case management, compliance with health care advice, and costs of sick child care.
- c. A baseline Health Facility Survey including all eligible first-level health facilities in Matlab Thana. Data covers service quality, utilization, costs and other process indicators and involves interviews with staff and clients, observations of client-provider interactions, extraction of service data, and assessment of facility operations and costs including time allocation studies to apportion salary costs to IMCI and its components.

A follow-on verbal autopsy survey was conducted to assign causes of under-5 deaths identified from the demographic survey. The survey has a social autopsy component. This survey includes all under-5 deaths in the 24 months prior to the Demographic Survey.

Section 2: Household Demographic Survey

2.1 METHODS

Overview

The baseline Household Demographic Survey was carried out in all villages of Matlab thana that were in existence in 2000. A total of 367 villages were surveyed. A few villages (exact numbers not known) situated on the other side of river Meghna were excluded from the survey as we did not intend to include them in the intervention study. The survey included two parts i.e. mapping and household listing and interviews. Preparation for the survey started in October 1999 with work being done on the development of the instrument and recruitment of survey staff. For ease of fieldwork we divided the entire area into seven zones, each with a field supervisor responsible for the management and organization of field work, supervision of data collectors and editing of forms. Fieldwork was carried out from February 05, 2000 to August 31, 2000, though some feedback and field corrections continued till October 2000. Data processing, cleaning, checking and entry was done in Dhaka from March 27, 2000 to November 30, 2000. Some initial data analysis was done in December 2000. This analysis was repeated and checked in May-June 2001 for the purposes of this report.

Questionnaire

Three different data modules were used for this survey. The first (Form A) was a one-page household form and was used to obtain information on household composition, construction materials used in the house as an SES measure, duration of stay in the area and usual service provider used for management of childhood illness. This form was exclusively developed for this purpose and was pre-tested. The second module (Form B) was the two-page woman questionnaire adapted from the Demographic Health Survey (DHS) questionnaire for all ever-married women of age 13-49. Only questions on education and reproductive (birth) history were included. The exact same questions as used in the Bangladesh DHS were used. The final version was reviewed by Stan Becker (demographer) and Cesar Victora (Technical Advisor to WHO). The third (Form C) was the one-page breastfeeding form for all children below age 24 months (operationally defined as all children born since January 1, 1998). This was adapted from the generic MCE instrument. Except for Form B where the exact Bengali wording from the BDHS instrument were used, all forms were translated into Bengali by the Principal Investigator, pre-tested and finally tested again during the field staff training. They were also colour-coded for ease of use in the field. The final version of the forms have been included in appendix 1.

Sampling

Except for a few villages on the other side of the river Meghna, the survey covered all villages in Matlab thana. Those villages were excluded because we decided that they can not be practically be included in the catchment population of any of the first-level facilities. A list of villages from the 1991 Census formed the basic sample for the survey. That list provided location (union/*mauza*), area, households and population information for every village. Unions and *mauzas* are administrative/land use sub-divisions of thanas. To initially assess the location of the villages, a government map showing unions and *mauzas* was referred to. We also merged the list with the list of villages in the demographic surveillance system (HDSS) of ICDDR,B and assigned the same village code for those villages. New codes were assigned for villages outside the HDSS area.

Staff recruitment and training

Four Field Research Officers (FRO), eight Senior Field Research Assistants (SFRA) and 68 female Field Workers (54 from January 22, 2000 and 14 from May 20, 2000) were recruited for the survey. One experienced Field Research Manager (FRM) was assigned as the overall supervisor of all data collection activities. The Field Workers (FW) and their supervisors initially received a 5-day classroom training from January 16 - 20, 2000 on the data forms, data collection plans, and interactions with the community and consent process. They received additional field training on the forms, village mapping and household listing from January 29, 2000 to February 03, 2000. The trainings were facilitated by the Principal Investigator and the FRM.

Data collection

Each of the 7 zones consisted of 3-4 unions. A SFRA was given the responsibility of a zone with about 9-10 Field Workers in each Zone. The eighth SFRA was given the responsibility of the Quality Assurance team with 4 FWs. The FROs were assigned zones for supervision and management. Each zone had a field office, which was usually rented. Essential furnishings were provided. Work schedules were prepared for each FW. For about the first month, all FWs were used to (sketch) map the villages and list all households. Teams of 2 FWs were formed for the mapping and listing. On the first day of visit to a new village, the SFRA accompanied his FWs to the village and assisted them to get the mapping and listing started. For mapping a village the FWs first went around the village to get a sense of its boundaries. They then draw a sketch map showing the boundaries and visible landmarks. They were then instructed to start again from their point of entry to the village and move in a counter-clockwise direction to visit each *bari* (household cluster) and household, listing them in the list form and marking the position of the *bari* in the map with the *bari* number from a pre-printed list. As outlined in the protocol, verbal consent was obtained from all households for participating in this and the follow-on Health and Morbidity Survey. About a third of the villages were mapped during the first month. After a village was mapped and listed, the FWs then used the list to visit every household and complete Forms A, B and C (as appropriate). This sequence of first mapping/listing the villages and then interviewing every household was used until all villages were completed on 31st August 2000. Meetings of all FWs with the respective SFRA were held every week in each zone. These meetings were also attended by a FRO. The meetings were used to collate completed forms, compare experiences, and discuss and resolve/refer issues. The SFRA was responsible for the initial editing of the forms. The forms were reviewed again by the FROs in Matlab.

Data processing

All forms were transported to Dhaka once every 1-2 week. Six different Data Management Assistants entered the data into a FoxPro relational database system from 27th March 2000 to 30th November 2000. The database consisted of 4 tables: household (Form A), woman (Form B), Child (Form B – birth history), and Breastfeeding (Form C). Range and consistency checks were built into the programme. The data management system was developed by Ashraf Siddique. Forms with problems were sent back to Matlab with feedback which were then reviewed at the field meetings.

Quality assurance

Each day, a SFRA accompanied one or two FWs for part of their work-day and observed a few interviews. Completed forms submitted to the SFRA were reviewed by him and errors, discrepancies and other problems were discussed and resolved at the weekly meetings. This sometimes resulted in a re-visit to the household. A quality control team was formed with four Field Workers supervised by a SFRA. A random sample of households interviewed each day, were revisited by members of this team to check the information collected as well as the process of collecting the information. Any discrepancies were resolved with the original FW and the supervisors.

Analysis

Working files were produced from the databases for each form. Information from the birth history (Form B) was used to calculate variables in the household table to indicate number of births in last 2 years, and number of under-5, infant and neonatal deaths in last 2 years. Household level information was added from Form A to the woman, child and breastfeeding tables. All these files were transferred to SAS for analysis. Two main analyses were done. The question "To which government health facility would you or your neighbours take your children for treatment when they are sick?" was asked to every household in the study area (Form A). The distribution of the responses on usual service provider for each village was reviewed and the village was assigned to the catchment of the most commonly reported facility. However, we also ensured that the distribution of villages to facilities made sense in terms of actual geographical location as determined by a review of the map. In a few instances, especially villages mid-way between two facilities, there was no clear first preference for a facility. In these cases, the villages were assigned to the facility which made the most logical sense in terms of actual location. Five large villages were split into 10. Though named as one village, they had clearly demarcated parts separated by barriers such as canals, embankments, and residents showed preferences for different facilities.

Number of births and under-5 deaths in the last 2 years were aggregated to estimate under-5 child mortality rate for each “sampling unit”, i.e., facility plus catchment area (which was determined as described above). Number of under-5 deaths in the previous 2 years (23 months) was divided by the number of births in the previous 2 years (23 months) to obtain the crude under-5 child mortality rate used in this analysis. The DHS uses the life-table approach for estimating under-5 child mortality. This method is not appropriate in this case as we have a short “recall” period, i.e., 2 years resulting in most observations being censored. We are currently working with demographers to further investigate methods appropriate for mortality estimates as required for this study, including the “period estimates” methodology. The mortality data formed the basis of the randomization of facilities and catchment areas to intervention and comparison.

2.2 RESULTS

Sample

A total of 367 villages were surveyed and 88,647 households were found. The total population of the surveyed households was 453,892 that is an average household size of 5.1. Based on the complete birth histories of all ever-married women of 13-49 years age, there were 51,094 under-5 year old children in the area.

Randomization of Facilities and Catchment Areas

The objective of the randomization was to randomly assign 20 facilities and their catchment areas to either IMCI or comparison and ensuring balance in terms of number of facilities (10 each), facility type, geographical distribution, baseline mortality levels and catchment population size. The sampling units were first paired according to facility type, geographical location, baseline child mortality rates and catchment population size. We paired nearby units with similar mortality levels and reasonably similar population sizes (10 pairs). Since nutritional status (WAZ) did not vary, we did not use this information for pairing. Matching of geographical location was done to ensure that we had good distribution of IMCI and comparison units over the study area. The results of the pairing are given in Table 1 below. There are three exceptions to the general rule for pairing:

- Pair D: These were the two smallest size (catchment population) units. They were paired together even though they had quite different mortality rates and were not located close to each other. The reason for pairing them was the expectation that because of small sizes, the mortality rates are likely to be unstable.
- Pair F: Since the number of facilities by type was not an even number, there had to be one pair with 2 different types of facilities.
- Pair G: The two units in this pair are located far apart, but almost equally distant from Matlab town. They had very similar mortality rates and were both large units.

In the final step, one unit in each of the 10 pairs was randomly selected for either IMCI or comparison. Table 2 presents the final list of units selected for IMCI or comparison (10 units each). The mean of child mortality rates in the IMCI group of units is 68.1 per 1,000 live-births (69.5, if weighted by population size), and in the comparison group the rate is 74.0 per 1,000 live-births (72.7, if weighted by population size).

The randomization was done under the technical guidance of Cesar Victora and Jennifer Bryce with additional inputs from Saul Morris.

Table 1: Matching Units By (1) Facility type (2) Geography (3) Mortality (4) Size

Pair	Unit Code	Facility Name or Location	Facility Type	# of Villages	Catchment Population	Under-5 mortality	Mean WAZ Score	Difference in mortality
A	X41	Mohanpur	FWC+SC	11	16,127	90.6	-2.04	
	X42	Durgapur	FWC+SC	31	27,751	74.1	-1.98	-16.4
B	X43	Fatepur West	FWC+SC	23	21,451	64.0	-2.06	
	X44	Sengarchar	FWC+SC	39	29,099	63.9	-1.95	-0.1
C	X13	Nayergaon (N)	FWC	13	11,658	58.3	-1.73	
	X51	Nayergaon (S)	FWC	7	8,806	68.3	-2.26	10.0
D	X12	Islamabad	FWC	5	6,091	41.1	-1.95	
	X11	Matlab(S) Digaldi	FWC	1	3,431	76.0	-2.04	34.9
E	X14	Fatepur East	FWC	14	19,192	83.2	-2.04	
	X17	Baganbari	FWC	16	17,050	74.7	-1.94	-8.6
F	X23	Satnal-Sataki	FWC	13	13,420	85.2	-2.01	
	X31	Satnal-Kalipur	SC	13	14,431	82.4	-2.07	-2.8
G	X19	Sadullahpur	FWC	21	16,186	61.5	-1.93	
	X18	Narayenpur	FWC	25	38,393	61.1	-2.30	-0.4
H	X15	Farazikandi	FWC	21	28,064	88.4	-2.25	
	X20	Kalakanda	FWC	6	7,518	83.0	-2.14	-5.4
I	X16	Zahirabad	FWC	5	8,190	72.9	-1.89	
	X21	Ekhaspur	FWC	4	9,818	65.1	-1.97	-7.9
J	X22	Upadi (S)	FWC	10	17,417	69.1	-2.25	
	X52	Upadi (N)	FWC	7	14,049	58.1	-2.17	-11.0
sum of absolute differences				71	75,686	97	2.00	
mean difference				7.1	7,569	9.75	0.16	

Table 2: Randomized Groups (Matched by Facility Type, Geographical Location, Mortality and Size)

Unit Code	Facility Name or Location	Facility Type	# of Villages	Population	Crude Under-5 Mortality*	Mean WAZ Score	# of Births in Last 23 Months	# of Under-5 Deaths in Last 23 Months
IMCI GROUP								
X42	Durgapur	FWC+SC	31	27,751	74.1	-1.98	1,228	91
X43	Fatepur West	FWC+SC	23	21,451	64.0	-2.06	968	62
X51	Nayergaon (S)	FWC	7	8,806	68.3	-2.26	410	28
X12	Islamabad	FWC	5	6,091	41.1	-1.95	292	12
X14	Fatepur East	FWC	14	19,192	83.2	-2.04	913	76
X31	Satnal-Kalipur	SC	13	14,431	82.4	-2.07	631	52
X19	Sadullahpur	FWC	21	16,186	61.5	-1.93	732	45
X20	Kalakanda	FWC	6	7,518	83.0	-2.14	289	24
X21	Ekhaspur	FWC	4	9,818	65.1	-1.97	461	30
X52	Upadi (N)	FWC	7	14,049	58.1	-2.17	723	42
MEAN			13.1	14,529	68.1	-2.06	665	46
			WT MEAN		69.5			
			SD		12.0			
X41	Mohanpur	FWC+SC	11	16,127	90.6	-2.04	762	69
X15	Farazikandi	FWC	21	28,064	88.4	-2.25	1,380	122
X44	Sengarchar	FWC+SC	39	29,099	63.9	-1.95	1,251	80
X23	Satnal-Sataki	FWC	13	13,420	85.2	-2.01	634	54
X11	Matlab(S) Digaldi	FWC	1	3,431	76.0	-2.04	171	13
X22	Upadi (S)	FWC	10	17,417	69.1	-2.25	897	62
X16	Zahirabad	FWC	5	8,190	72.9	-1.89	425	31
X17	Baganbari	FWC	16	17,050	74.7	-1.94	750	56
X18	Narayenpur	FWC	25	38,393	61.1	-2.30	1,949	119
X13	Nayergaon (N)	FWC	13	11,658	58.3	-1.73	566	33
DIFFERENCE			2.3	3,756	5.9	0.02	214	18
				WT MEAN	3.2			

Key results by area

Sixty-eight villages with about 21,000 households were excluded from the randomization since they received health care services from ICDDR,B (Table 3). An additional 14 villages with about 4,400 households were excluded because they did not logically fall within the catchment of any of the first-level facilities being randomized. As expected, the average household size is lower in the ICDDR,B area, a reflection of the lower fertility there. The IMCI comparison area had more villages and population than the IMCI intervention area.

Table 3: Sample descriptions

	ICDDR,B Intervention Area	IMCI Study Area		Other
		Intervention	Comparison	
Villages	68	131	154	14
Households	20,871	28,362	34,997	4,417
Population	103,227	145,293	182,849	22,523
Average Household Size	4.9	5.1	5.2	5.1
Under-5 yr Children:	11,230	16,102	21,194	2,568

Table 4 presents number of births and deaths (under-5, infant, neonatal) in the 23 months prior to the survey visit. We also estimate mortality rates (deaths/births) per 1,000 live births. As expected and desired, mortality rates do not differ between the IMCI intervention and comparison areas, except for the slightly better under-5 rate in the intervention area (p-value 0.296). The excluded area was not very different in mortality rates, while the ICDDR,B served population had lower mortality levels. We also note that almost half of the deaths are neonatal – suggesting the need to emphasize services for this age group when IMCI is introduced.

Table 4: Mortality Rates per 1,000 live births by area

	ICDDR,B Intervention Area	IMCI Study Area		Other
		Intervention	Comparison	
Number of Births in last 2 years	4,879	6,647	8,785	1,083
Number of Deaths in last 2 years:				
Under-5	286	462	639	74
Infant (<12mon)	216	340	456	58
Less than 1 mon	131	228	291	38
Mortality Rates (/1000 live births):				
Under-5	58.6	69.5	72.7	68.3
Infant (<12mon)	44.3	51.2	51.9	53.6
Less than 1 mon	26.8	34.3	33.1	35.1

Feeding practices

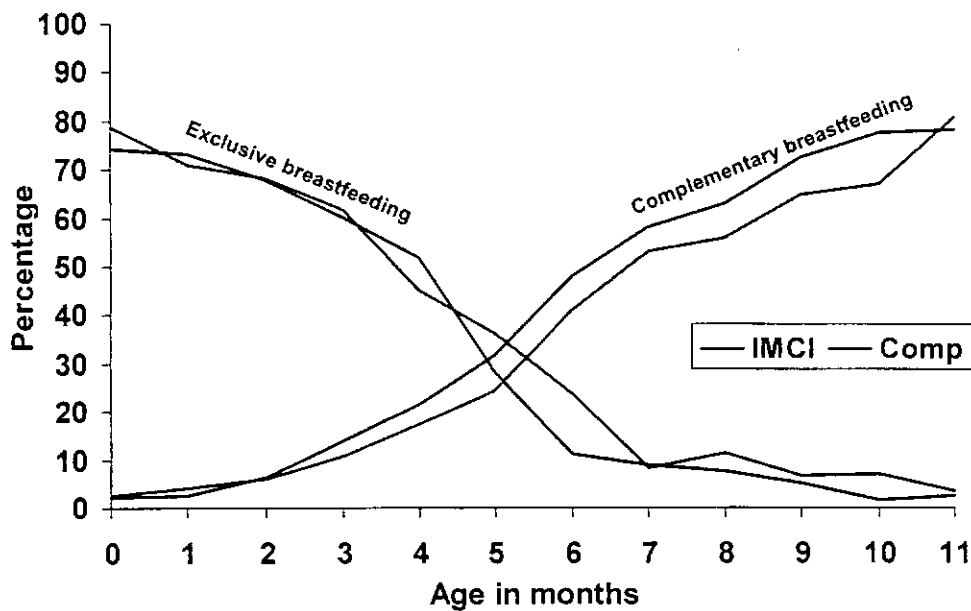
Almost all children continue to receive breast-milk till 1 year of age (Table 5), but the rates of exclusive breastfeeding and complementary feeding are not satisfactory. Only about two-thirds of the babies under 4 months of age are exclusively breastfed. Current recommendations suggest that all babies of this age group should only receive breast-milk. These recommendations also suggest that all babies

should have been started on complementary feeding by age 6 months. In contrast, only about half of the babies are receiving complementary feeds at this age. Figure H1 presents these feeding practices by age. It is noteworthy that even at 12 months of age, about a fifth of the babies do not receive complementary foods. Even at 24 months only about a third of the children were receiving at least five meals a day (Table 5).

Table 5: MCE breastfeeding indicators by area, showing a p-value for comparing the 2 areas using a chi-squared test

Indicator	IMCI	Comparison	P-value
CP ¹ -1. Child under 4 months of age is exclusively breastfed	67.9% (n=835)	68.4% (n=1045)	0.8110
CP-2. Child aged 6-9m receives breast milk & complementary feeding	59.7% (n=1226)	53.2% (n=1653)	0.0006
CP-3. Continued breastfeeding at 1 yr (among children aged 12-15 months of age)	96.9% (n=945)	97.7% (n=1356)	0.2465
CS ² -1. Complementary feeding frequency ≥ 5 times/day (among children born since January 1, 1998 aged 24-31 months)	32.9% (n=1121)	31.8% (n=1305)	0.5580

Figure H1: Exclusive and complementary breastfeeding rates by age and area



¹ CP=Community priority indicator

² CS=Community supplementary indicator

Section 2: Household Health and Morbidity Survey

3.1 METHODS

Overview

The Household Health and Morbidity Survey was carried out on a systematic sample of under-five children identified in the Household Demographic Survey. Sampling of children living in the ICDDR,B area of Matlab was discontinued after first few weeks since that sample would not have contributed to the study. Seven interviewers were recruited and assigned to each of the 7 zones described under the demographic survey. Training of interviewers was completed in April 9-13, 2000. The field work was carried out from April 29, 2000 to October 30, 2000. Data processing, cleaning, checking and entry was done from October 17, 2000 to November 30, 2000. Re-entry of data was done from January 09, 2001 to March 13, 2001. The two data files were compared and data entry errors was identified and reconciled by reviewing the actual data forms. Analysis for the WHO IMCI MCE indicators was first done in November-December 2000. This analysis was repeated and checked in May 2001 for the purposes of this report.

Questionnaire

The draft questionnaire from the WHO/MCE team was translated into Bengali by the Principal Investigator, pre-tested, adapted for use in Matlab. As already mentioned, the breastfeeding module were moved to the demographic survey questionnaire in order to reduce the sample size requirements for this survey. The questionnaire was finally field-test during the field staff training. The median time taken for the interview was 60.0 minutes. The final version of questionnaire has been included in Appendix B. To facilitate use, the three parts of the questionnaire were colour-coded.

Sampling

A sample of 2,200 under-5 children was required for this survey. Based on initial numbers of under-5 children being observed in the demographic survey we estimated that we will obtain the required number of children if we took a systematic sample of every 16th child who was living in the household and was less than 5 years old on the date of visit and did not reside in the ICDDR,B intervention area. The systematic sampling scheme was adopted to enable us to simultaneously sample from the on-going demographic survey. The first sampling was done on April 26, 2000. Sampling was done every Monday from the demographic data entered from the previous week (Monday-Sunday). A household with a previously selected child was not included again. Though, it was not likely with a systematic sampling design. The sampling lists were sent every week to Matlab.

Staff recruitment and training

Seven experienced interviewers (Field Research Assistant) were recruited for the survey. One Field Research Officer (FRO) was assigned to supervise them under the guidance of the Field Research Manager. The interviewers were trained on the questionnaires, interviewing techniques with practical training and standardization on anthropometric measurements from April 9-13, 2000. This also included field-testing of the questionnaires. They were trained to use the sketch maps of the villages and the household lists to locate sampled children. The Principal Investigator and the FRM facilitated the training. The interviewers received additional field training from April 21-26, 2000.

Equipment

Length boards (designed to measure heights as well), and UNICEF weighing scales (UNISCALES) were procured. The length boards were manufactured in the ICDDR,B workshop, which has long experience in such work.

Data collection

The sampling lists were generated by zones and were given to the respective interviewer (FRA) at the weekly meetings in Matlab. They used the village maps and household lists to locate sampled children. The SFRA of the zone (responsible for the demographic survey) assisted them in locating hard-to-find children. FRAs worked according to a timetable prepared in consultation with their supervisor (FRO). As the number of sampled children reduced and were increasingly scattered, all except 2 FRAs were

reassigned to work out of Matlab. The other 2 FRAs remained in their zones, which were too far to cover from Matlab. The data collection started in April 29 and was completed in October 30, 2000.

Data processing

A *FoxPro relational database* system was developed by Ashraf Uddin Siddik, an experienced programmer. The system included built-in consistency and range checks. Three Data Management Assistants entered all forms from October 17, 2000 to November 30, 2000 and re-entry was done from January 9, 2001 to March 13, 2001. The two sets of data files were compared and data entry errors were checked with original forms.

Quality assurance

Weekly review meetings were held in Matlab with all the interviewers and their supervisors. In these meetings, Dewan M. Emdadul Hoque and FRM reviewed problems found during editing of forms, problems and issues faced by the interviewers. Whenever possible, the PI attended these meetings. The supervising FRO frequently accompanied individual interviewers and observed their work. In addition, the FRO re-interviewed randomly selected children who had been interviewed in the previous 7 days. The repeat interviews were compared and discrepancies discussed with the original interviewer.

Analysis

Working files were produced from the databases for each module (morbidity, provider and costs, and additional drugs and anthropometry) and transferred to Stata version 7.0 for analysis. The generic MCE analytical plan was adapted to the questionnaire. Differences between IMCI and comparison areas were tested with either chi-square tests or t-tests, as appropriate. Shams El Arifeen, Ashraf Uddin Siddik, Tasnima Akter and Enayet Karim Chowdhury carried out the analysis.

3.2 RESULTS

Sample

A total of 2,780 under-5 children were sampled. Of these, 166 were children residing in ICDDR,B intervention villages, which we early on decided to be exclude from the IMCI intervention. An additional 325 children were in villages not included in the sampling units for randomization. Of the 2,289 sampled children residing in the IMCI intervention and comparison areas, interviews were completed for 2,066 children of whom 903 were in the intervention area and 1,163 in the comparison areas. The rest of the analysis is only based on these 2,066 children. Table 6 provides information on reasons for not completing interviews. Five children had died since the demographic survey while 70 were no longer less than 60 months of age. Of the 362 villages in the study area, sampled children were selected from 283 villages indicating the sampling scheme produced a good geographical spread of the sample.

TABLE 6: Characteristics of the selected sample

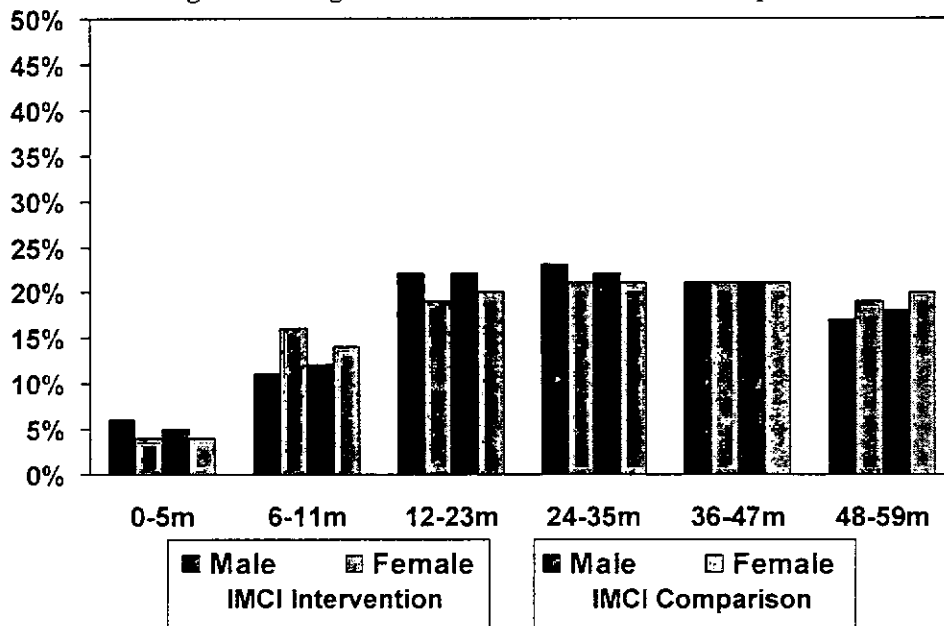
	IMCI	Comp	Total
Number of Children Sampled (selected)	987	1,302	2,289
Number of eligible children with interviews completed (percentage of eligible children*)	903 (94.0%)	1,163 (92.8%)	2,066 (93.3)
Unavailable/absent	38	73	111
Died	3	2	5
Age > 59 months	23	47	70
Refusals	0	0	0
Incomplete	4	2	6
Missing	16	15	31
Number of villages in the sample	131	152	283

*Eligible children: Sampled children excluding those who died and who were >59 months of age

Characteristics of children

Fifty-two percent (1,076) of the children were boys. The following figure (H2) shows the age and sex-structure of the children included in the sample. There is slightly more variability in the sex distribution in the smaller IMCI intervention area sample. There is also some under-representation at the younger and older ages. This is mainly due to the usual 1-2 month or more lag between the demographic and morbidity surveys, during which time the youngest children became slightly older. The explanation is more difficult at the upper end. There probably was a combination of factors including of loss of older children growing past the 5-year age limit during the lag period and loss of some children following reassessment of age of the sampled children during the revisits for this survey.

Figure H2: Age and sex distribution of the sample



MCE

Indicators

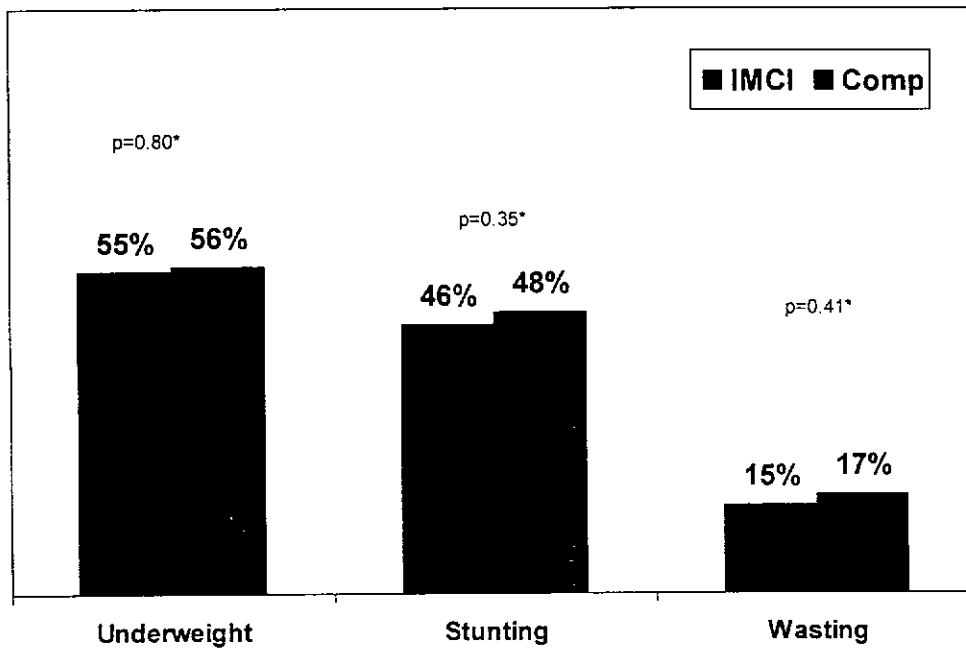
Results for selected MCE indicators have been shown in figures H3-H6. Table 7 provides details on these and other indicators, including results of statistical testing comparing the IMCI areas with comparison areas.

IMCI intervention and comparison areas are similar with respect to almost all the indicators. Malnutrition rates are very high in this population, with insignificant differences between study areas (Figure H3).

Our data shows that half of the children receive BCG vaccines early and only a third to about half of the infants receive OPV3 and Measles before their first birthday (Figure H4). Immunization coverage is slightly better in the comparison areas. Thanks to linkages with the National Immunization Days, the vitamin A supplementation coverage is quite high (Figure H5), which also explains the absence of night-blindness in this population.

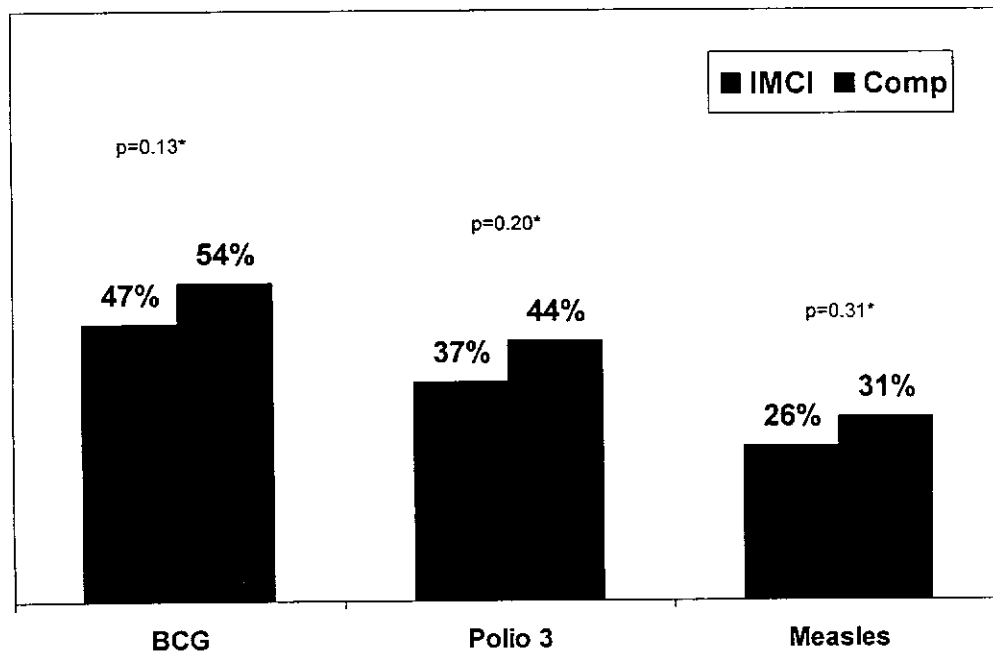
There was no difference between the two areas in terms of caretaker knowledge of danger signs that should provoke urgent care-seeking (Figure H6). However, more mothers in the comparison area were likely to comply with recommendations for a follow-up visit to the provider, while the reverse was true for compliance with recommended treatment. However, none of these differences were statistically significant.

Figure H3: Rates of underweight, stunting and wasting



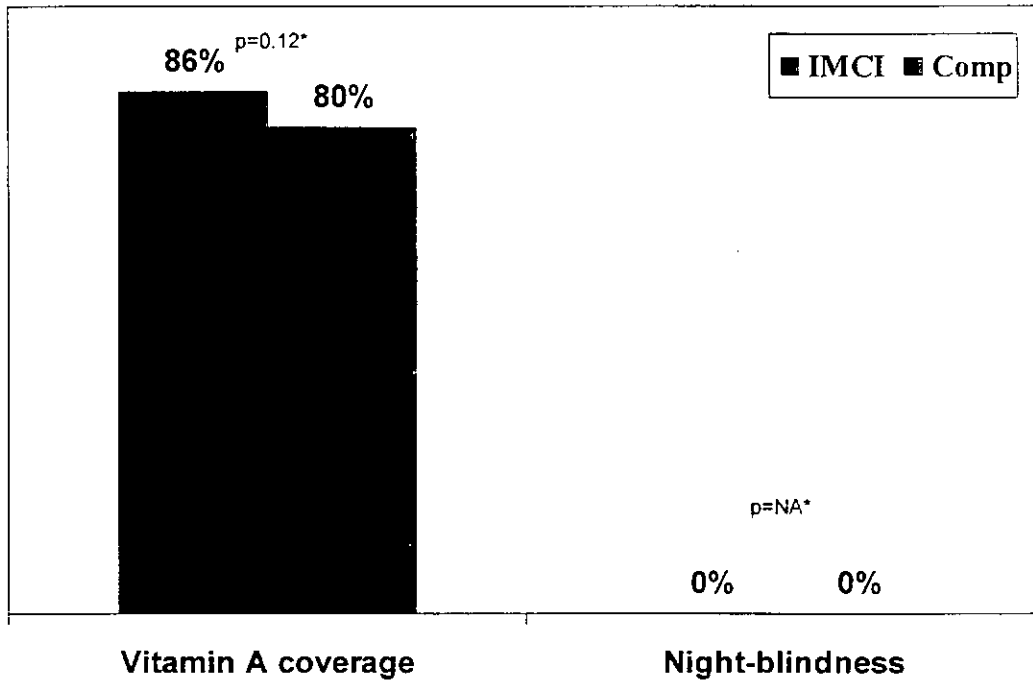
*Chi-squared tests

**Figure H4: Percentage of 12-23m old children receiving vaccines before 12m
Based on vaccination cards**



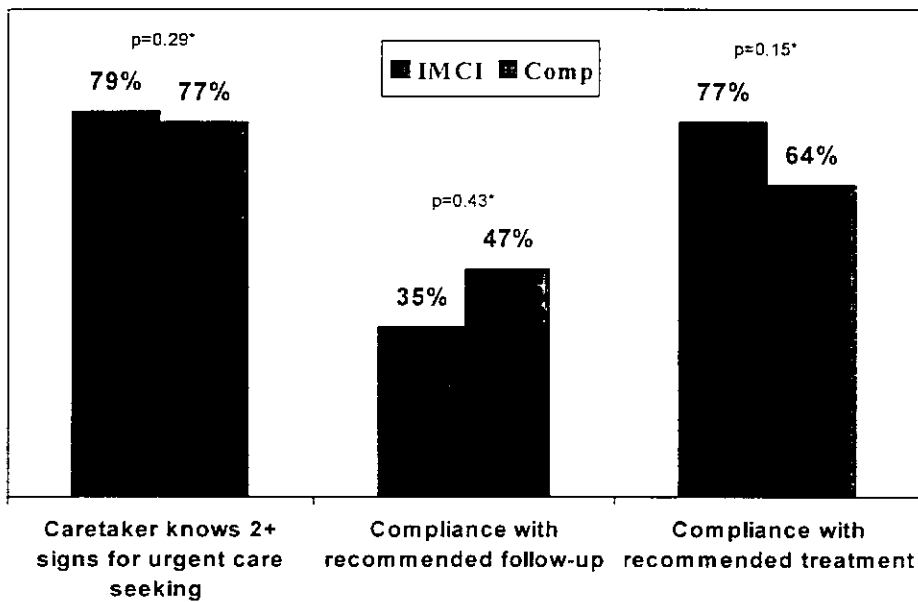
*Chi-squared tests

Figure H5: Vitamin A coverage and night-blindness prevalence by area



*Chi-squared tests

Figure H6: Selected care-seeking and home management indicators by area



*Chi-squared tests

Table 7 presents detailed results of the MCE household-level indicators. Most indicators do not vary between IMCI and comparison area, which is expected as this is baseline levels and no IMCI implementation has started in the study area. This is an indication that the randomization worked well. Box 1 presents the sub-set of generic indicators for which we do not present any data since no blood was collected. Data for CP16 is not presented since Matlab is a no malaria risk area.

Statistically significant differences were observed for sleeping under bed-nets. However, the actual difference in bed-net use between the 2 areas was less than 4 percentage points.

Box 1	
CP6.	<i>Anemia prevalence.</i>
CP7.	<i>Mean hemoglobin level.</i>
CP16.	<i>Child with fever receives appropriate treatment</i>
CS7.	<i>Prevalence of low serum retinol</i>
CS8.	<i>Mean serum retinol in $\mu\text{mol/l}$</i>
CS10.	<i>Prevalence of malaria parasitemia</i>

This population of children has extremely high rates of malnutrition: low weight for age, stunting and wasting. The levels of low weight for age and wasting are worse than what was observed in the 1999-2000 Bangladesh Demographic and Health Survey (BDHS). In that survey, rates of underweight, stunting and wasting in rural areas was 49, 47 and 11% (publication expected in July 2001). The Matlab survey and the BDHS were conducted in different seasons. Food availability in Bangladesh traditionally has varied with the seasons, though the actual patterns have been changing in recent years. This may explain differences in rates of higher underweight and wasting.

Several indicators were exceptionally good, the use of bed nets for children, vitamin A coverage and absence of night-blindness, and caretaker knowledge of signs for seeking care. Some indicators were equally bad. Care-seeking to a trained provider was extremely low – much less than expected. Very few sick children received increased fluids and continued feeding. The rates of vaccination with BCG, 3 doses of polio vaccine and the measles vaccine before the child's first birthday were quite low.

There were 41 hospitalizations in the previous year among the children in the IMCI area (45 hospitalizations per 1,000 children), while the number was 73 in the Comparison area (63 hospitalizations per 1,000 children). Among the 97 children who were hospitalized in both areas combined, 82 were hospitalized only once, 13 twice and only 2 children were hospitalized thrice (for pneumonia). As expected in this non-malarious area, there was no hospitalization for malaria. About two-thirds of the hospitalizations in both areas were due to diarrhoea and only 23-27% was for pneumonia. The two areas did not differ in hospitalizations, overall or by reason.

Reported compliance with recommended follow-up was not high and was slightly better for recommended treatment. The sample was not enough to assess compliance with recommended referral.

We compared the rates of reported morbidities in the previous 2-weeks in this survey with those reported for rural Bangladesh by BDHS, 1999-2000 (publication expected in July 2001). About 45% of the Matlab children had fever in the previous 2-weeks compared to 37% in the BDHS. Rates of diarrhoea was also higher in Matlab, 13% compared to 6% reported nationally for rural Bangladesh. Matlab is known to have higher than average rates of diarrhoea. Of particular note is that unlike national rural rates of 19%, the 2-week prevalence for pneumonia in our population was only about 4%. Both surveys used similar definitions for pneumonia, i.e., illness with cough and either difficult breathing or fast breathing. Previous longitudinal studies from Matlab indicate a pneumonia incidence of 23 per 100 child-years¹, i.e., 0.88 episodes in 2-weeks per 100 children. Seasonality may explain the difference in pneumonia rates from the BDHS. The BDHS was carried out in the winter, while our survey was in the warmer months over a longer period.

¹ Zaman K, Baqui AH, Yunus M, Sack RB, Bateman OM, Chowdhury HR, Black RE. Acute respiratory infections in children: a community-based longitudinal study in rural Bangladesh. *J Trop Pediatr.* 1997 43:133-7.

Table 7: MCE household indicators, showing a p-value for comparing IMCI and Comparison areas using a chi-squared test or t-test

Indicator	IMCI	Comparison	P-value ¹
CP-4. Low weight for age [%]	55.2 (n=900)	55.8 (n=1156)	0.7951
CP-5. Mean weight for age z-score	-2.0 (n=900)	-2.1 (n=1156)	0.3582
CP-8a. Use of mother's card for children < 2 y (Confirmed ownership) [%]	0 (n=6)	0 (n=12)	-
CP-8b. Use of mother's card for children < 2 y (Informed ownership) [%]	33.3 (n=6)	0 (n=12)	0.0981
CP-9a. Ownership of mother's card for children with nutritional problems (Confirmed) [%]	- (n=0)	- (n=1)	-
CP-9b. Ownership of mother's card for children with nutritional problems (Informed) [%]	- (n=0)	- (n=1)	-
CP-10. Child sleeps under net [%]	88.0 (n=902)	84.2 (n=1159)	0.0136
CP-13. Child 12-23m old vaccinated against measles before 12m old [%]	26.2 (n=187)	30.7 (n=248)	0.3110
CP-14. Vitamin A supplementation coverage [%]	85.5 (n=186)	79.7 (n=246)	0.1182
CP-15. Sick child (today) receives increased fluids and continued feeding [%]	1.7 (n=346)	1.5 (n=530)	0.7950
CP-17. Caretaker knows at least two signs for seeking care immediately [%]	78.7 (n=903)	76.8 (n=1163)	0.2905
CS-2. Stunting prevalence [%]	45.6 (n=869)	47.7 (n=1112)	0.3544
CS-3. Wasting prevalence [%]	15.3 (n=878)	16.6 (n=1137)	0.4091
CS-4. Mean height for age z- score	-1.9 (n=869)	-1.9 (n=1112)	0.7822
CS-5. Mean weight for height z- score	-1.2 (n=878)	-1.2 (n=1132)	0.8410
CS-6. Prevalence of night-blindness [%]	0 (n=545)	0 (n=709)	0
CS-9. 2-week period prevalence of a history of fever [%]	39.2 (n=903)	49.9 (n=1163)	<0.0001
Total # of Hospital admissions in last year	41 (4.5%)	73 (6.3%)	0.0864
CS-11. Proportional hospital morbidity due to malaria in last year [%]	0 (n=41)	0 (n=73)	-
CS-12. 2-week period prevalence of diarrhoea [%]	12.3 (n=903)	13.7 (n=1163)	0.3562
CS-13. 2-week period prevalence of severe diarrhoea [%]	12.0 (n=903)	13.1 (n=1163)	0.4513
CS-14. Proportional hospital morbidity due to diarrhoea over previous year [%]	65.9 (n=41)	69.9 (n=73)	0.8482
CS-15. 2-week period prevalence of pneumonia [%]	3.1 (n=903)	5.0 (n=1163)	0.0332
CS-16. Proportional hospital morbidity due to ARI/pneumonia over previous year [%]	26.8 (n=41)	23.3 (n=73)	0.7443

¹ P-value based on chi-squared tests for proportions and t-tests for means

Indicator	IMCI	Comparison	P-value ¹
CS-22. DPT-3 vaccine coverage [%]	38.0 (n=187)	44.4 (n=248)	0.1812
CS-23. Polio-3 vaccine coverage [%]	37.4 (n=187)	43.6 (n=248)	0.1989
CS-24. BCG vaccine coverage [%]	47.1 (n=187)	54.4 (n=248)	0.1281
CS-25. Careseeking for diarrhoea [%]	7.2 (n=111)	4.4 (n=159)	0.3222
CS-26. Careseeking for cough [%]	9.6 (n=282)	7.1 (n=465)	0.2271
CS-27. Careseeking for fever [%]	8.9 (n=90)	7.3 (n=138)	0.6530
CS-28. Appropriate care-seeking [%]	7.2 (n=528)	6.8 (n=808)	0.4123
CS-29a. Compliance with recommended follow-up [%]	35.0 (n=20)	47.4 (n=19)	0.4325
CS-29b. Compliance with recommended referral [%]	0 (n=1)	0 (n=1)	-
CS-29c. Compliance with recommended treatment [%]	76.9 (n=52)	64.3 (n=56)	0.1507
CS-30. Vitamin A supplementation for very low weight children [%]	80.5 (n=133)	79.0 (n=205)	0.7510

Morbidity, home management and care-seeking: additional analysis

We investigated reported morbidities and care-seeking behaviour further, since this was a key pathway for IMCI to impact child mortality. The results of this additional analysis are presented in Figures H7-H18. There was no difference in the 2-week prevalence of reported illness between boys and girls (Figures H7). The prevalence was high declining with age. Almost two-thirds of the children had some illness in the 2-weeks prior to the survey visit (Figures H8). Fever and cough were the two most commonly reported symptoms, and along with any illness and rapid/difficult breathing were significantly more common in the children in the comparison areas.

Current home care recommendations encourage increased fluid and food intake of children during illness episodes. However, just about half the sick children were given usual or more fluids, and about two-thirds received less than the usual amount of food (Figures H9). No significant difference between IMCI and comparison areas was seen.

Sixty-three percent of the sick children received care from outside their home, but the vast majority of this care was from traditional or untrained local healers (Figures H10). In only about 7% of children, did the caretakers first go to a trained provider, i.e., health facility, trained doctor, paramedic or government or NGO field worker. Caretakers often went to multiple providers and the maximum was 5 providers in this population. In most cases care was sought from only one source (Figures H11). Of the four key childhood illness, care from a trained provider was most often sought when the child had respiratory distress or rapid breathing (Figures H12). No differences between IMCI and comparison areas were seen. Overall, care-seeking from a trained provider was about 7%.

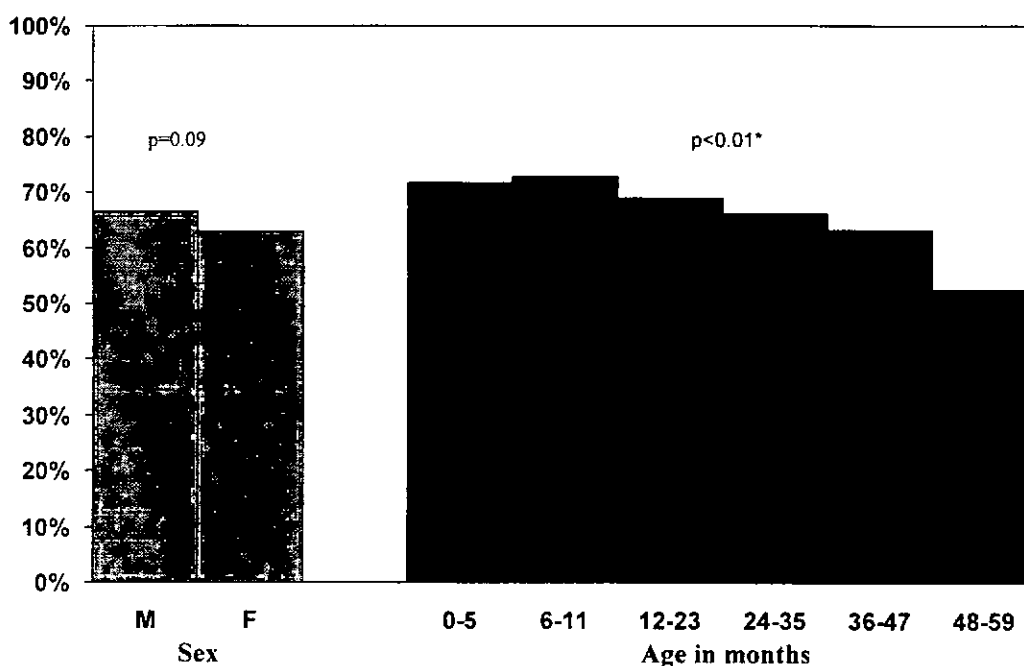
Caretakers were asked about the severity of their child's illness. Boys were more likely to have severe episodes reported (Figures H13). We observed a trend of more serious illness being reported for older children but it was not significant. Perceived severity was associated with care-seeking behaviour (Figures H14). Use of both untrained and trained providers increased with severity, but even for illness perceived as severe by the caretaker, only 13% went to a trained provider and 23% did not seek any care. Contrary to expectations, we did not find any sex differentials in seeking care (Figures H15).

There is recent evidence from Bangladesh that the preferential treatment of the male child, traditional seen in Bangladesh, is gradually disappearing (*ref*). Care-seeking from a trained provider was more common for young children and infants, and children between the ages of 24-47 months were least likely to be taken to a trained provider.

An important rationale for the development of the IMCI strategy has been the belief that sick children more often than not had more than one symptom that needed to be managed at the same time. This has not been a strong point of the traditional disease specific vertical programmes. In this population 26% reported only one symptom relevant for IMCI case management (Figure H16), about 34% of the children had 2 symptoms and 20% had 3 symptoms while the remaining children had more than 3 symptoms. About 12% did not have any of the 8 IMCI relevant symptoms. We investigate the effect of multiplicity of symptoms on care-seeking. Up to 4 symptoms, rates of care-seeking from a trained provider remained at the lowest level (Figure H17). However, with each additional symptom, this rate increased. In comparison, rates of use of untrained providers started increasing at fewer symptoms – again underlying the preference for these local providers.

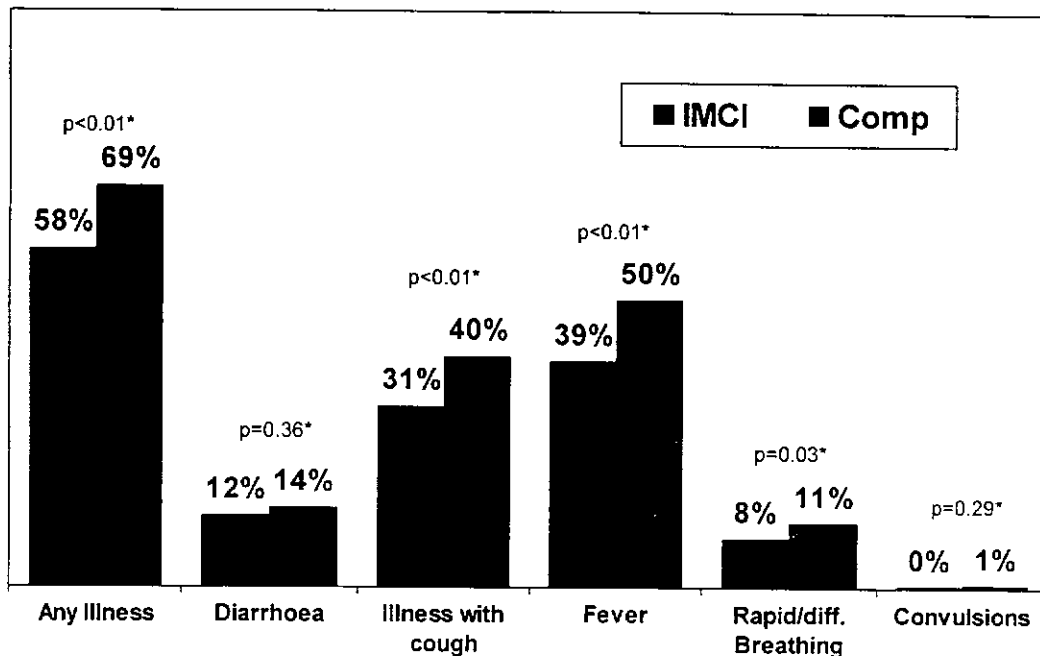
Duration of illness also influences choice of health care provider. Using a trained provider increases with longer illness duration (Figure H18). Use of an untrained provider also increases with duration of the illness but the trend is less consistent.

Figure H7: Two-week morbidity by sex and age of child



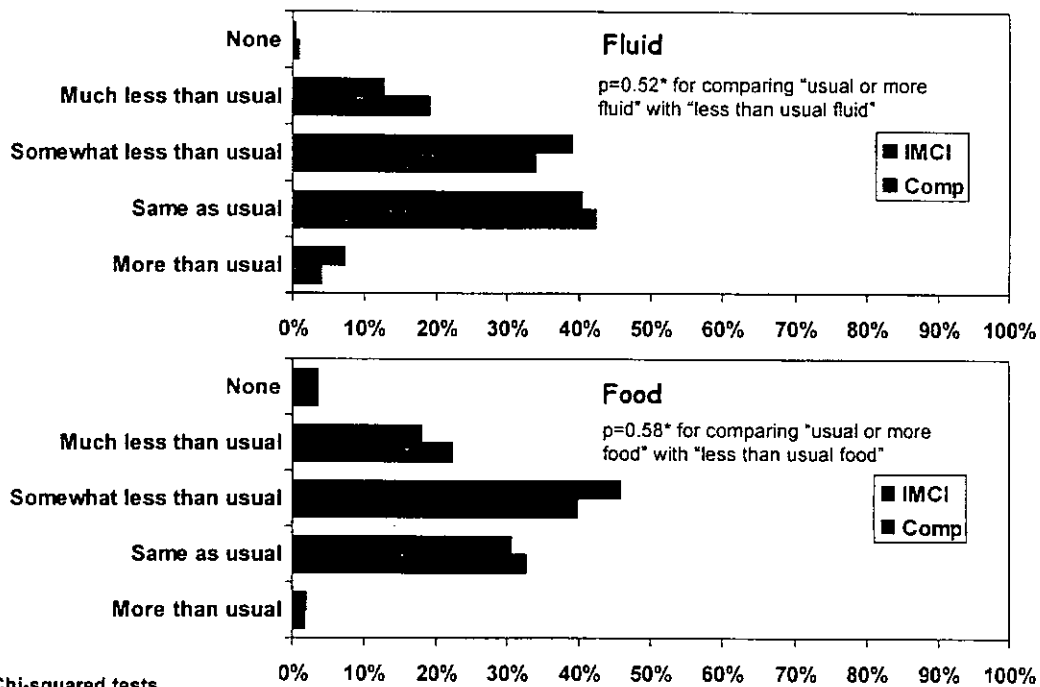
*Chi-squared tests

Figure H8: Illness reported in children in previous 2 weeks



*Chi-squared tests

Figure H9: Fluid intake and feeding during illness by area



*Chi-squared tests

Figure H10: Care-seeking and source of care

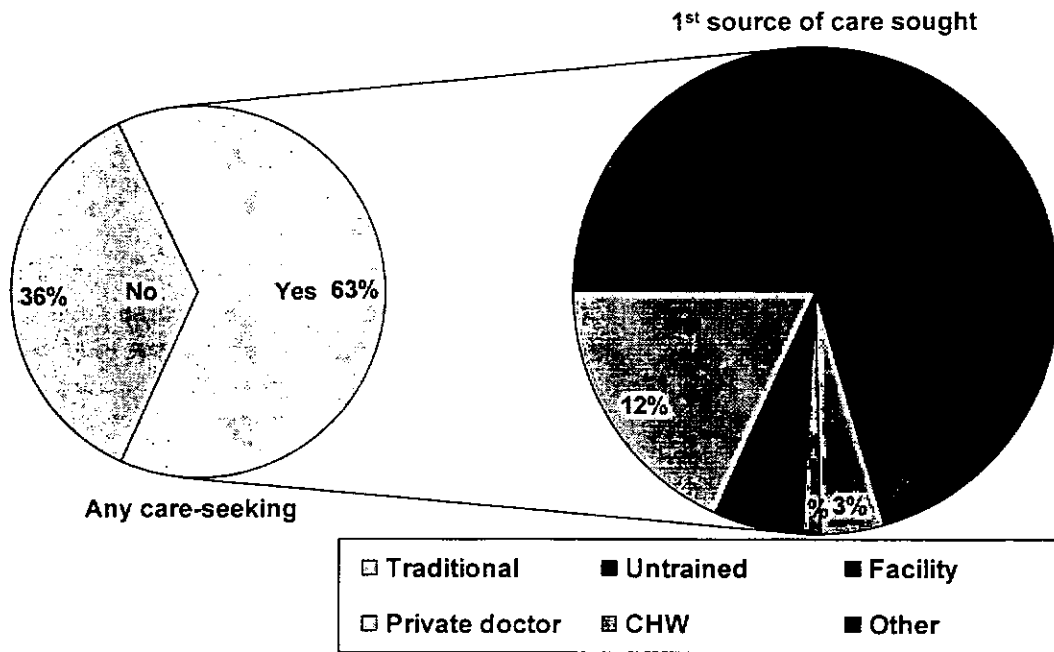


Figure H11: Multiple sources of care sought

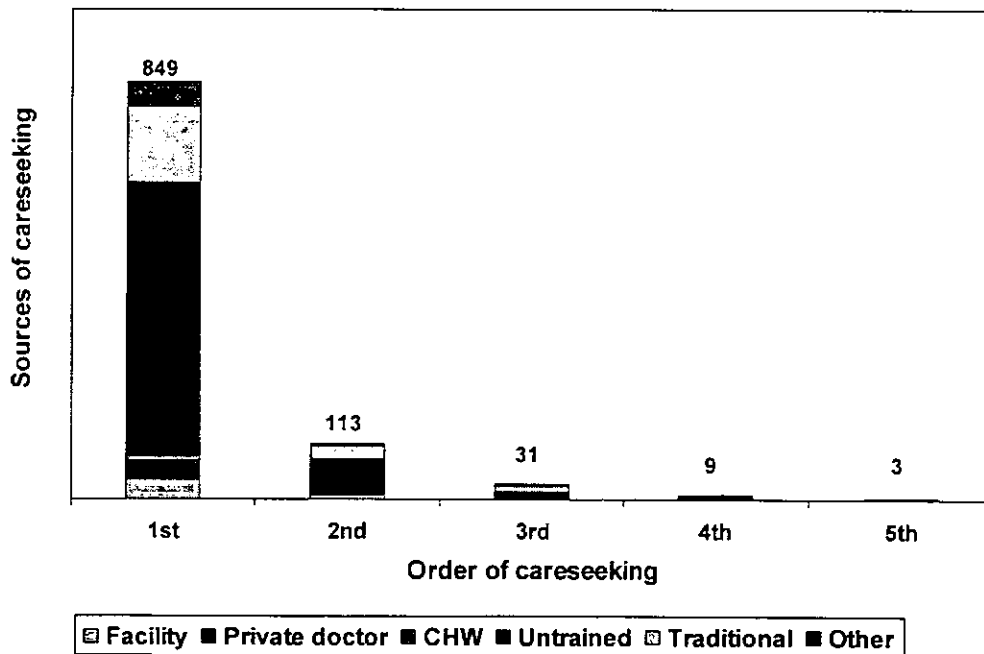
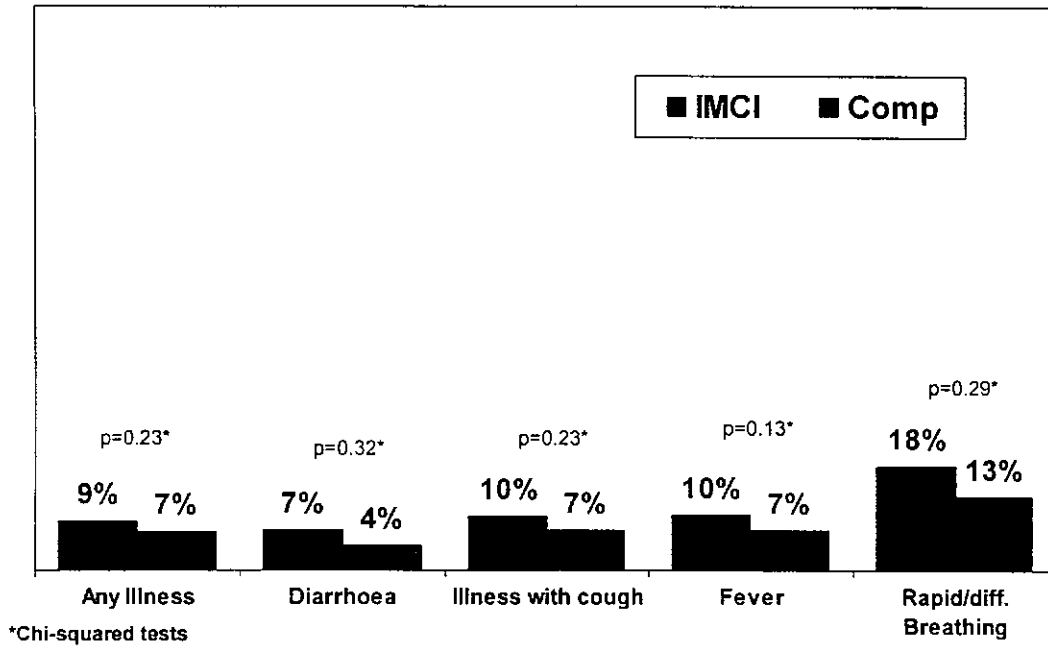


Figure H12: Care-seeking care from trained providers for children reported ill in previous 2 weeks



Trained provider: Facility, trained doctors/paramedics, CHWs

Figure H13: Perceived severity of illness episode by sex and age of child

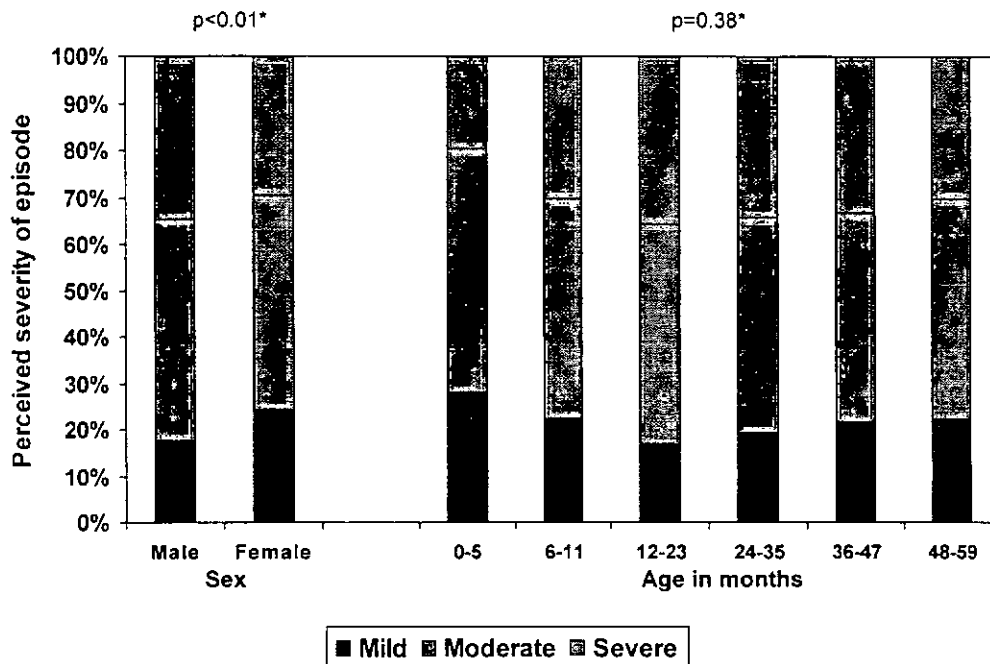
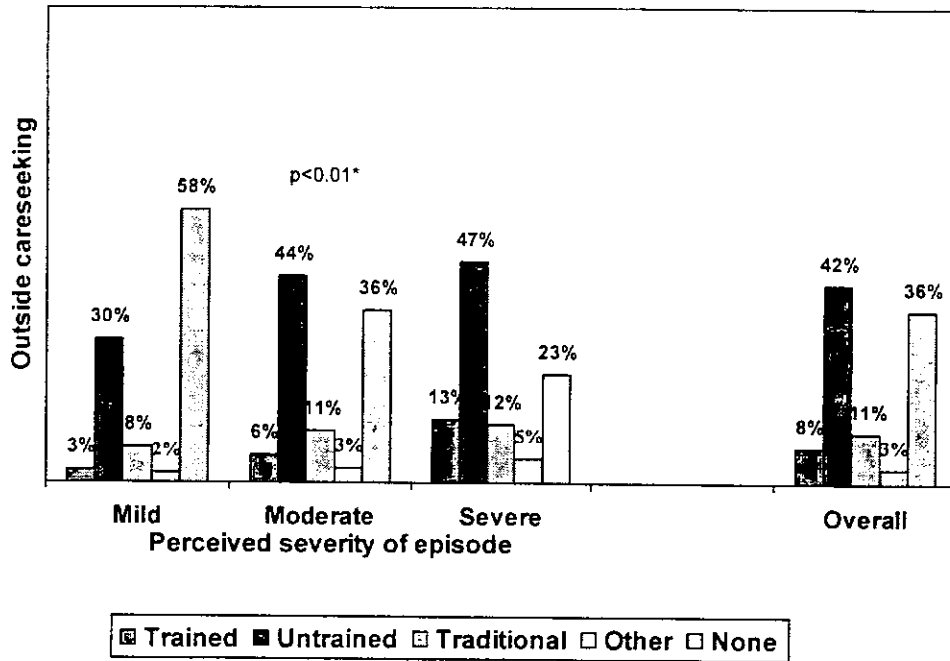


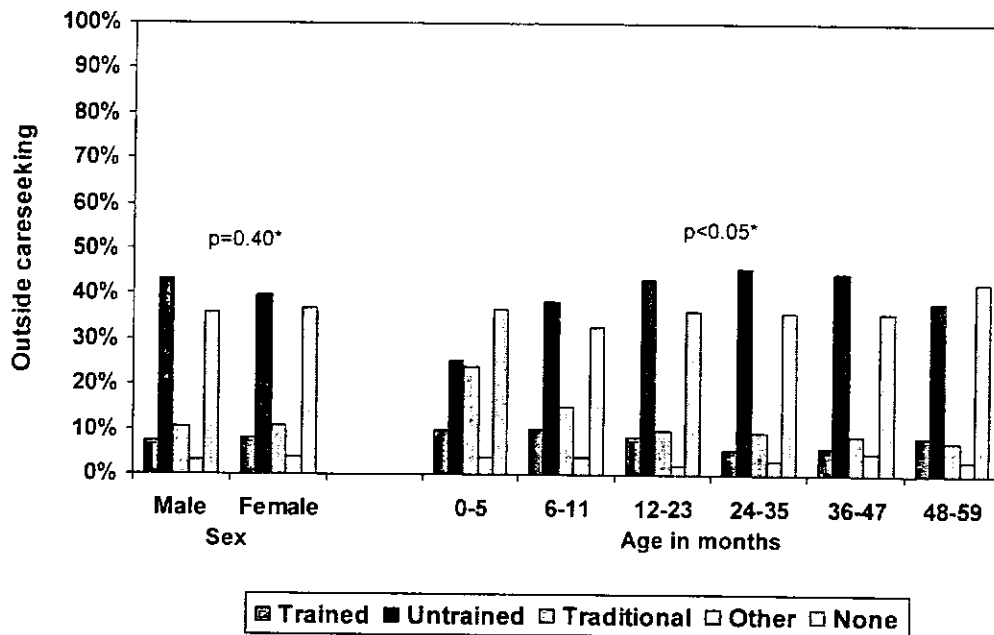
Figure H14: Care-seeking by perceived severity of illness episode



*Chi-squared tests

Trained provider: Facility, trained doctors/paramedics, CHWs

Figure H15: Care-seeking by sex and age of child



*Chi-squared tests

Trained provider: Facility, trained doctors/paramedics, CHWs

Figure H16: Distribution of children by number of symptoms reported in previous 2 weeks

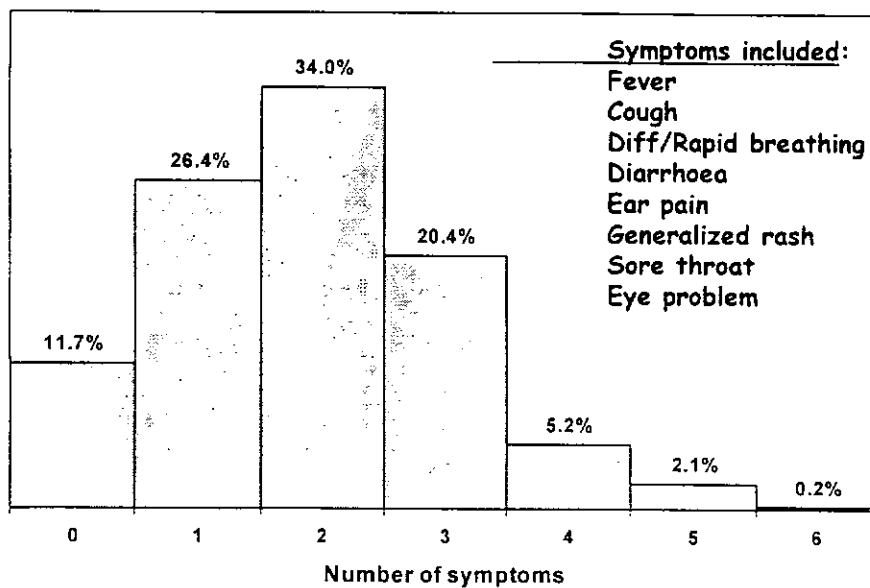
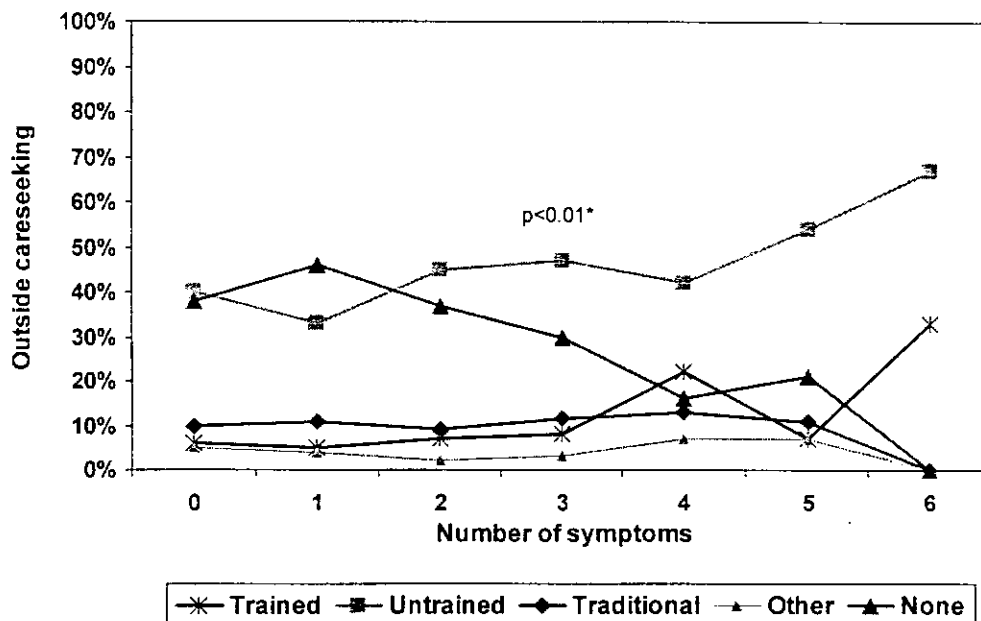


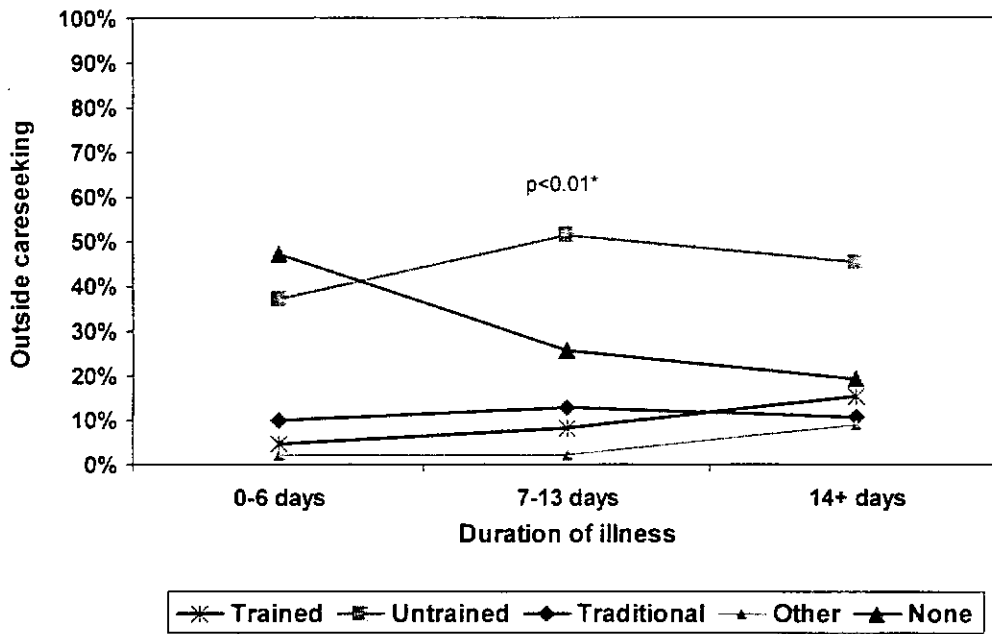
Figure H17: Care-seeking by number of symptoms



*Chi-squared tests

Trained provider: Facility, trained doctors/paramedics, CHWs

Figure H18: Care-seeking by duration of illness



*Chi-squared tests

Trained provider: Facility, trained doctors/paramedics, CHWs

Section 4: Health Facility Survey

4.1 METHODS

Overview

The baseline Health Facility Survey was carried out in a sample of first level facilities of Matlab Thana. Recruitment and training of interviewers was done in July-August, 2000. The fieldwork was carried out by two teams for the "quality of care" part and six teams for the "costing" part of the survey from August to October 2000. Data processing, cleaning and checking was done from November 2000 to February 2001. Re-entry of data was done from January 16, 2001 to February 11, 2001. The two data files were compared and data entry errors were identified and reconciled by reviewing the actual data forms. Initial data analysis for the WHO IMCI MCE indicators was carried out in November-December, 2000, with final analysis being done in May-June 2001.

Questionnaire

The survey instrument includes two parts i.e. quality of care and costing. The draft questionnaire from the WHO/MCE team was translated, back translated, pre-tested, adapted for use in Matlab and finally given a full field-test during the field staff training. Of the total 7 forms (Form 0-6), Form 5 (parts A, B and C) was used by the costing teams and remaining by the quality of care teams. The final version of the questionnaire is given in appendix 3.

Sampling

The baseline Health Facility Survey was carried out in first level facilities and out-patient departments of the GoB and ICDDR,B hospitals. The intent was to survey all first-level facilities in areas not served by ICDDR,B with the expectation that this will include all the facilities to be later randomized as IMCI or comparison. The OPDs were included to provide a measure of the quality of care and functioning of those facilities. Based on sample size estimates by Cesar Victora, we planned to sample 15 sick children at each facility.

Staff recruitment and training

Two field teams were required for the "quality of care" part of the survey, each consisting of three physicians. Six teams were required for the "costing" part, each team consisted of only one Senior Field Research Assistant. For the quality of care teams we recruited four physicians and two physicians were assigned by the government as team leaders. All six of them received the 11-day IMCI clinical course specially organized in Dhaka from July 31, 2000 to August 13, 2000. This course was organized in collaboration with GoB and WHO. Before starting the survey all team members (both quality and costing teams) received specific training on the forms and data collection. A field test was carried out during the training period at facilities not in the sample, following which final changes were made to the forms before printing. Thierry Lambrechts and Taghreed Adam of WHO facilitated the training.

Equipment

UNICEF-made weighing scales (UNISCALE), measuring tapes, thermometers, and timers were used for the survey.

Field work

- Detailed timetables were prepared for allocating work for each team. For the "quality of care" assessments, each team had to spend 3 consecutive days at each facility, while it was 8 days for the costing teams at each facility. The quality of care teams spent 5 days at each OPD, but no costing was done in the 2 OPDs. The quality of care assessment involved interviews with staff and clients, observation of client-provider interactions, extraction of service data and re-examination of the sick child with a IMCI trained person (one of the surveyors). In each team one member was given the fixed responsibility of the re-examination to ensure standardization. The survey started on August 29, 2000 and ended on October 19, 2000.

Six Senior Field Research Assistants (SFRA) collected the costing data from the facilities. Of the eight consecutive days at each facility, they observed the activities of the service provider for 6 days to estimate the time spent for different purposes (time-motion studies). They spent the remaining two-days

in collecting information on facility structure, furniture, available instrument, and utilization of the facility (Form 5).

Data processing

Data from all forms were entered first from November 20-30, 2000 by three data entry persons, and then re-entered from January 16, 2001 to February 11, 2001 by one person into a FoxPro Database system developed by Ashraf Siddique. The files were compared and any inconsistency verified with reference to the original forms. Range and consistency checks were built in as part of the forms.

Quality assurance

The overall field activities at Matlab was supervised by Dr. Dewan M. Emdadul Hoque, while the costing part was supervised by Dr. Shakil Ahmed. They periodically accompanied the teams. All quality and costing teams met daily to collate completed forms for data processing, compare experiences, and replenish supplies.

Analysis

The analysis of the costing part is not included in this report. Working files were produced from the databases for each form and transferred first to Foxpro and later to Stata (version 7.0) for analysis. The generic MCE analytical plan developed by Thierry Lambrechts was adapted to the Bangladesh questionnaire. Differences between IMCI and comparison areas were tested with either chi-square tests or t-tests, as appropriate. Shams El Arifeen, Ashraf Uddin Siddik, Enayet Karim Chowdhury and Tasnima Akter carried out the analysis.

4.2 RESULTS

Sample

The base line Health Facility Survey was carried out in 21 first level facilities and out-patient departments of the GoB and ICDDR,B hospitals. The sample included 15 Family Welfare Centres (FWC) and 5 Sub-centres of the government. In 4 sites the FWC and Sub-centres were located in adjoining or same building and were treated as one facility. In three sites, the FWC was not functional or was being set-up and the survey was conducted at the satellite clinics run by the clinic staff. One FWC could not be surveyed because its staff was absent during the survey period. After randomization, we were left with 9 surveyed facilities (including FWC-SC combinations) in the IMCI area and 10 in the comparison area. The 10th facility in the IMCI area is now functional with the posting of a clinical staff.

Table 8 provides a list of the facilities, and the number of sick children seeking care on the survey days and the number of children enrolled in the survey. Excluding the two OPDs, a total of 544 sick children attended the facilities on the survey days, 284 children (52%) were enrolled in the survey. Though this is 14.9 children per facility (on average), it ranges from 9-21 with 11 of the facilities having 15±2 children. The rest of the analysis is based on these 284 children, presenting unweighted estimates. This is thus a preliminary report on the Health Facility Survey. We expect to conduct weighted analysis in the future.

Table 8: Number of children sampled

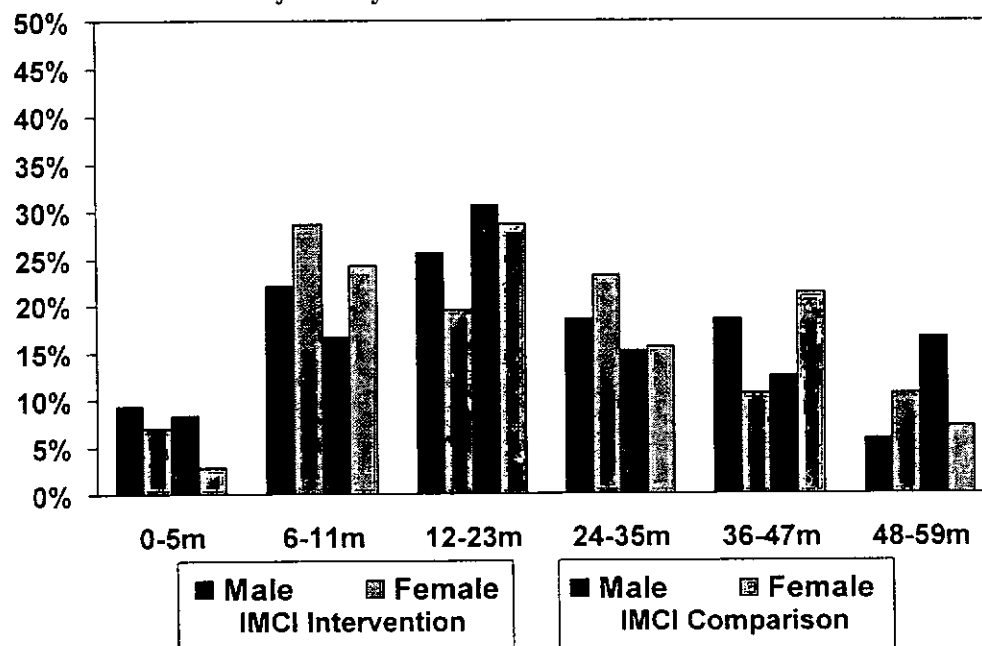
	Number of children attending	Number of children enrolled
IMCI		
Durgapur (FWC+SC)	27	15
Fatepur West (FWC+SC)	29	11
Nayergaon South (FWC/satellite)	38	21
Islamabad (FWC)	Not surveyed	
Fatepur East (FWC/satellite)	55	17
Satnal-Kalipur (SC)	25	17
Sadullahpur (FWC)	19	11
Kalakanda (FWC)	20	15
Eklaspur (FWC)	28	18
Upadi North (FWC/satellite)	27	17

	Number of children attending	Number of children enrolled
Comparison		
Mohanpur (FWC+SC)	18	15
Farazikandi (FWC)	33	15
Sengarchar (FWC+SC)	23	14
Satnal-Sataki (FWC)	32	11
Matlab South/Digaldi (FWC)	19	16
Upadi South (FWC)	17	10
Zahirabad (FWC)	29	16
Baganbari (FWC)	34	17
Narayenpur (FWC)	24	9
Nayergaon North (FWC)	47	19
Sub-total	544	284
Not included in randomization		
OPD-Matlab Thana Health Complex (GoB)	63	31
OPD-ICDDR,B Hospital, Matlab	42	18
Sub-total	105	49

Characteristics of children

The age and sex distribution of the 284 sick children enrolled in the facilities is somewhat different from that of the household sample (Figure F1). Fifty-six percent (158) of the children were boys. The higher proportion of boys was due to the larger number of boys coming to the facilities which were later randomized to IMCI intervention. Almost half of the sick children were aged 6-23 months and only 7% were less than 6 months old.

Figure F1: Age and sex distribution of the sample of sick children in facility survey



MCE Indicators

Figures F2-F5 and Table 9 present the results for the MCE facility-level indicators. We present the results disaggregated by facilities in the IMCI intervention and comparison areas. IMCI has not been implemented yet and these are true baseline levels of the indicators. Also presented are the results of statistical testing, comparing the two groups of facilities.

The quality of the assessment of the child, as measured against IMCI standards, is very low in all facilities. No child was checked for three danger signs, other problems, assessed for feeding practices or their weight checked against a growth chart. Very few were checked for the presence of cough, diarrhoea, and fever, or vaccination status. Even though the providers did not weigh children, most of those who were later identified as very low weight by the surveyors were actually assessed for feeding practices by the facility providers. The providers correctly classified only a fifth of the children.

Treatment practices were also not good. Only 12% of the child with pneumonia was correctly treated and no child with anaemia was correctly treated. However, only 11% of those children who needed an oral antibiotic was correctly prescribed and 28-52% of those who did not need an antibiotic left the facilities without one. No child received the first dose of the treatment at the facility. Only 4 of the 8 sick children who needed a referral were actually referred.

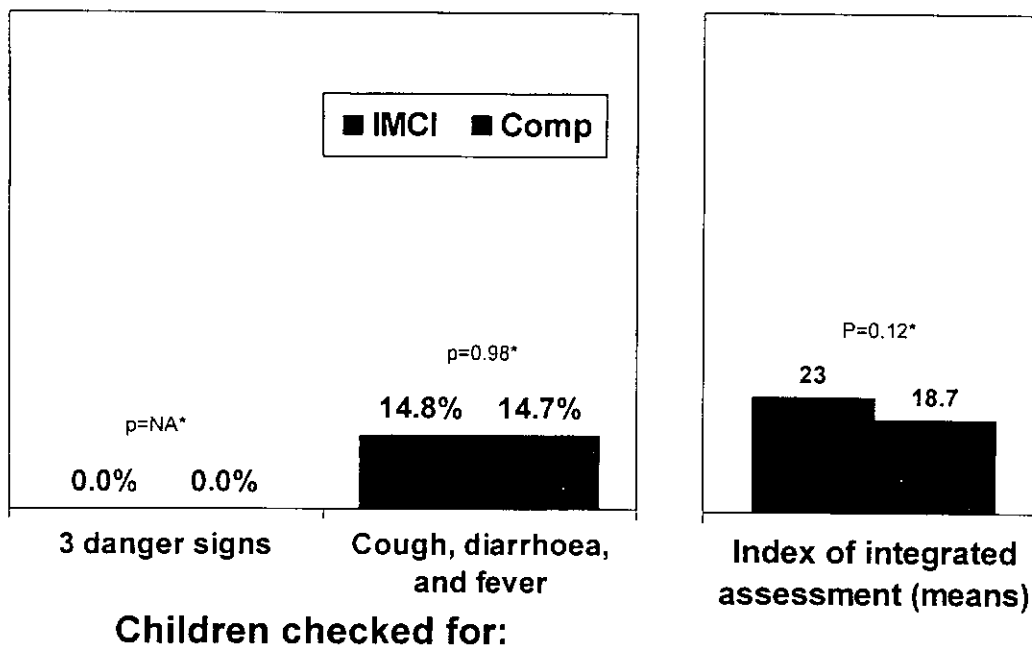
The providers in these facilities make very little efforts at explaining and counseling the caretaker. The caretaker is not usually advised to give extra fluids and continue feeding to the sick child, or how to administer the oral medication prescribed. Consequently, none of the caretakers of children who were prescribed ORS, and/or an oral antibiotic knew how to give the treatment. Only one of 274 caretakers was advised on when to return immediately.

The facilities are also not well equipped and supported. Availability of essential oral treatments was relatively high, but injectable drugs were, by and large, not available. The facilities were not equipped to provide vaccination, and none had all equipment essential for sick child management. None of the facilities had received supervisory visits in the previous six months, which included observations of case management. The lack of vaccines and vaccination supplies and equipment is because Bangladesh provides almost all its vaccines in the rural areas through outreach monthly sessions. A review of data from outreach vaccination sessions in 2000 showed that about 93% of the sessions had all four childhood vaccines available with no differences between IMCI and comparison areas (PI-17 equivalent indicator).

The facilities randomized to IMCI intervention and comparison differed with respect to some of the indicators. The IMCI facilities provider better overall assessment of the sick children; and the caretaker is more likely to be advised to give extra fluids and how to administer oral medication prescribed by the provider, though the rates in all facilities is very low. Harmful or unnecessary practices are more common in the comparison facilities. Since there are no systematic differences between the two areas, these should not effect IMCI implementation, which should proceed as planned. Though the final analysis will be based on concurrent comparisons of the indicators between the two areas, we expect to factor in these baseline differences in the analysis.

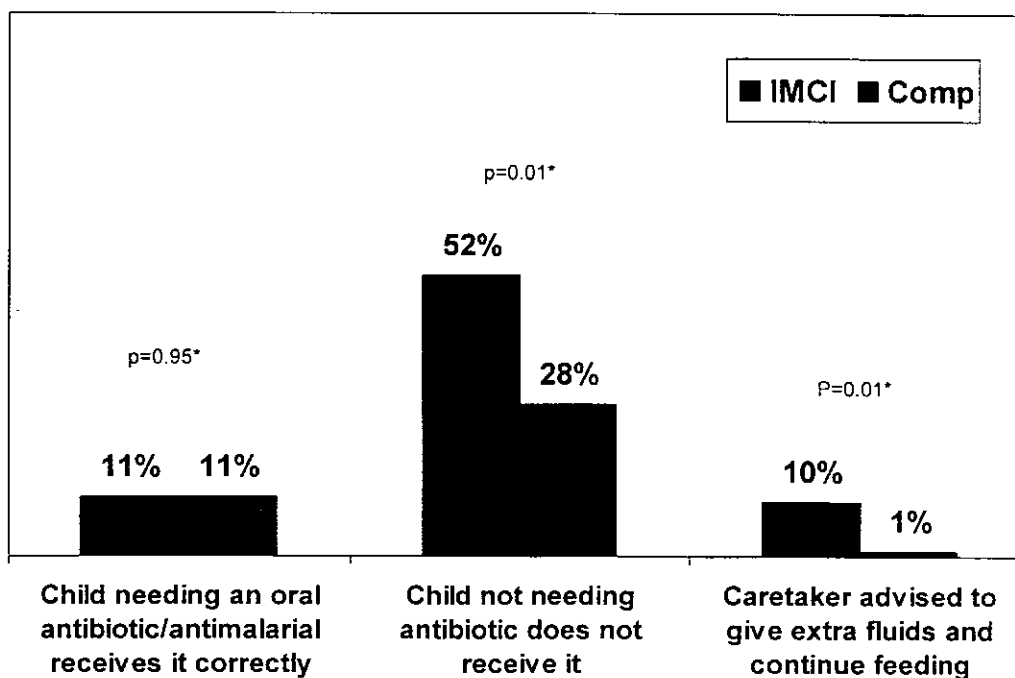
A few indicators could not be measured because of zero denominators.

Figure F2: Assessment of sick children in health facilities



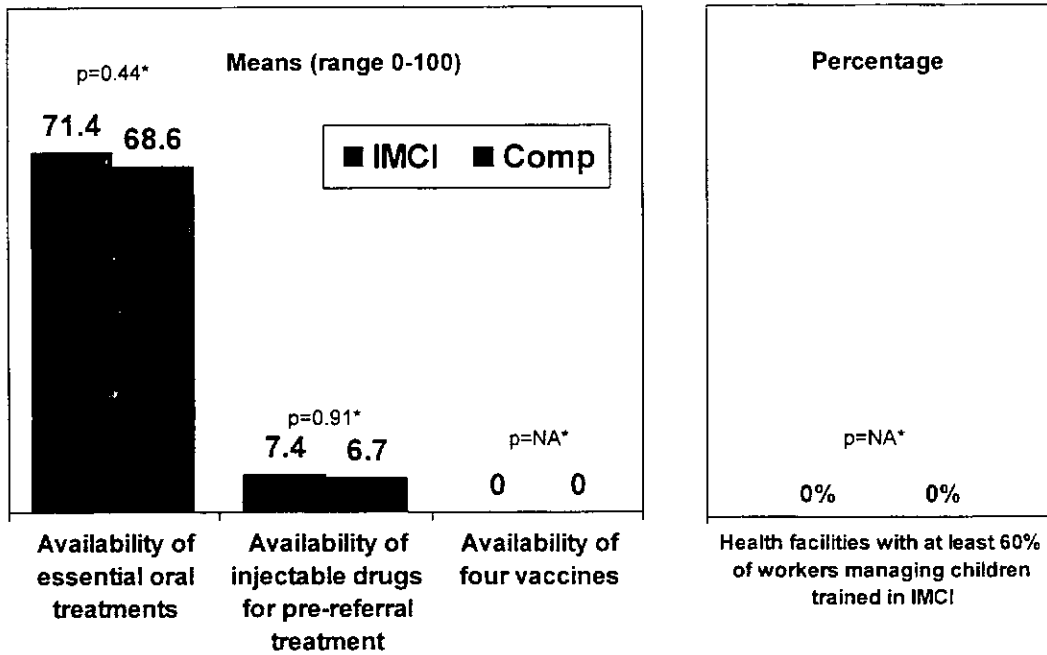
*Chi-squared tests/t-tests

Figure F3: Treatment of sick child at health facility



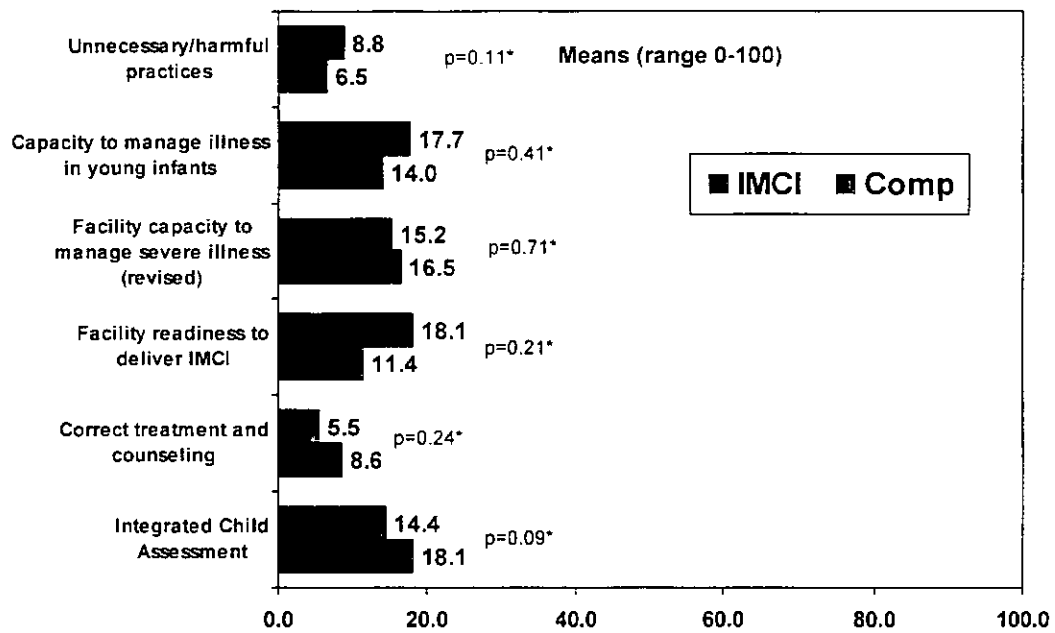
*Chi-squared tests

Figure F4: Indices of facility preparedness



*Chi-squared tests/t-tests

Figure F5: Overall facility indices



**t-tests

Table 9: MCE health facility indicators, showing a p-value for comparing IMCI and Comparison areas using a chi-squared test or t-test

Health Facility Indicators	Statistic	IMCI	Comp	P-value ¹
PI ² -1: Child checked for three danger signs	%	0 (n=142)	0 (n=142)	-
PI-2: Child checked for the presence of cough, diarrhoea, and fever	%	14.8 (n=142)	14.7 (n=142)	0.987
PI-3: Child weight checked against a growth chart	%	0 (n=142)	0 (n=142)	-
PI-4: Child vaccination status checked	%	0.6 (n=142)	2.3 (n=142)	0.208
PI-5: Index of integrated assessment (Range 0-100)	Means	23.0 (n=142)	18.7 (n=142)	0.117
PI-6: Child under two years of age assessed for feeding practices	%	0 (n=74)	0 (n=79)	-
PI-7: Child needing an oral antibiotic and/or an oral antimalarial is prescribed the drug correctly	%	10.8 (n=58)	11.4 (n=52)	0.946
PI-8: Child not needing antibiotic leaves the facility without antibiotic	%	51.5 (n=77)	27.5 (n=87)	0.014
PI-9: Caretaker of sick child is advised to give extra fluids and continue feeding	%	10.0 (n=129)	1.1 (n=139)	0.008
PI-10: Child needing vaccinations leaves the facility with all needed vaccinations	%	8.4 (n=42)	0 (n=46)	0.243
PI-11: Caretaker of child who is prescribed ORS, and/or an oral antibiotic and/or an oral antimalarial knows how to give the treatment	%	13.5 (n=76)	6.7 (n=112)	0.330
PI-12: Child needing referral is referred	%	68.5 (n=5)	0 (n=3)	0.185 ³
PI-13: Health facility received at least one supervisory visit that included observation of case management during the previous six months	%	0 (n=9)	0 (n=10)	-
PI-14: Index of availability of essential oral treatments (Range 0-100)	Means	71.4 (n=9)	68.6 (n=10)	0.440
PI-15: Index of availability of injectable drugs for pre-referral treatment (Range 0-100)	Means	7.4 (n=9)	6.7 (n=10)	0.910
PI-16: Health facility has the equipment and supplies to support full vaccination services	%	0 (n=9)	0 (n=10)	-
PI-17: Index of availability of four vaccines (Range 0-100)	Means	0 (n=9)	0 (n=10)	-
PI-18: Health facilities with at least 60% of workers managing children trained in IMCI	%	0 (n=9)	0 (n=10)	-
SM ⁴ -1: Child checked for other problems	%	17.6 (n=51)	8.1 (n=63)	0.232
SM-3: Child with very low weight is assessed for feeding problems	%	0.0 (n=21)	2.3 (n=26)	0.450
SM-4: Child with very low weight is correctly classified	%	3.9	0.0	0.378

¹ P-value based on chi-squared tests for proportions and t-tests for means

² PI=Priority indicator

³ Exact statistics could not be computed

⁴ SM=Supplemental measure

DRAFT DO NOT CIRCULATE

Health Facility Indicators	Statistic	IMCI (n=22)	Comp (n=27)	P-value ¹
SM-5: Child is correctly classified	%	23.7 (n=135)	16.3 (n=139)	0.333
SM-6: Child with pneumonia correctly treated	%	12.8 (n=34)	12.2 (n=30)	0.962
SM-7: Child with dehydration treated correctly	%	0 (n=0)	0 (n=0)	-
SM-8: Child with malaria correctly treated	%	0 (n=0)	0 (n=0)	-
SM-9: Child with anemia correctly treated	%	0 (n=17)	0 (n=26)	-
SM-10: Child receives first dose of treatment at facility	%	0 (n=53)	0 (n=44)	-
SM-11: Child checked for lethargy	%	52.1 (n=2)	0 (n=0)	-
SM-13: Child prescribed oral medication whose caretaker is advised on how to administer the treatment	%	15.7 (n=74)	4.7 (n=110)	0.133
SM-14: Sick child whose caretaker is advised on when to return immediately	%	1.3 (n=35)	0 (n=139)	0.227
SM-15: Child with very low weight whose caretaker received correct counseling	%	0 (n=21)	3.8 (n=26)	0.365
SM-16: Child leaving the facility whose caretaker was given or shown a mother's card	%	0 (n=135)	0 (n=139)	-
SM-17: Health facility has essential equipment and materials	%	0 (n=9)	0 (n=10)	-
SM-18: Health facility has IMCI chart booklet and mother's counseling cards	%	0 (n=9)	0 (n=10)	-
Index 1: Integrated Child Assessment (Range 0-100)	Means	18.1 (n=142)	14.4 (n=142)	0.092
Index 2: Correct treatment and counseling (Range 0-100)	Means	8.6 (n=135)	5.5 (n=139)	0.244
Index 3: Facility readiness to deliver IMCI (Range 0-100)	Means	11.4 (n=9)	18.1 (n=10)	0.208
Index 4: Facility capacity to manage severe illness (Range 0-100)	Means	16.5 (n=9)	15.2 (n=10)	0.714
Index 5: Capacity to manage illness in young infants (Range 0-100)	Means	14.0 (n=9)	17.7 (n=10)	0.406
Index 6: Index of unnecessary/harmful practices (Range 0-100)	Means	6.5 (n=142)	8.8 (n=142)	0.107

Acknowledgements

We acknowledge the very essential technical advice and guidance from Cesar Victora on the overall design of the study. We are grateful to the contributions of Cesar Victora and Stan Becker in the development of the instruments and other design issues for the household surveys. We received training help on the survey from Mitra and Associates, who implement the BDHS.

Thierry Lambrechts and Taghreed Adam who assisted with design issues and instrument development for the facility surveys. Cesar Victora provided inputs on the sample size, while the government of Bangladesh key support with technical staff and other logistics. The facility survey would not have been possible without the support of WHO-Geneva and WHO-SEARO.

Jennifer Bryce gave us the leadership that the MCE team needed and helped us believe in our abilities to deliver and work as team. David Sack and Lars Ake Persson were always supportive and helping us negotiate the intricate relationships within ICDDR,B and with the government and partners. We received exceptional support and guidance from the government, especially from IMCI Programme Manager and Line Director (IST) of Directorate General of Health Services.

We would also like to thank all those who helped to make the surveys possible, the parents who patiently responded to our questions, the providers at the facilities, the sick children attending these facilities and their caretakers, and the local leaders.

This study was funded by the Bill and Melinda Gates Foundation through a grant to the WHO Department of Child and Adolescent Health and Development and of Cooperative Agreement #388-A-00-97-00032-00 from the United States Agency for International Development. ICDDR,B acknowledges with gratitude their commitment to the Centre's research efforts.

Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: early findings from a cluster-randomised study

Shams El Arifeen, Lauren S Blum, D M Emdadul Hoque, Enayet K Chowdhury, Rasheda Khan, Robert E Black, Cesar G Victora, Jennifer Bryce

Summary

Background We report the preliminary findings from a continuing cluster randomised evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy in Bangladesh.

Methods 20 first-level outpatient facilities in the Matlab sub-district and their catchment areas were randomised to either IMCI or standard care. Surveys were done in households and in health facilities at baseline and were repeated about 2 years after implementation. Data on use of health facilities were recorded. IMCI implementation included health worker training, health systems support, and community level activities guided by formative research.

Findings 94% of health workers in the intervention facilities were trained in IMCI. Health systems supports were generally available, but implementation of the community activities was slow. The mean index of correct treatment for sick children was 54 in IMCI facilities compared with 9 in comparison facilities (range 0–100). Use of the IMCI facilities increased from 0.6 visits per child per year at baseline to 1.9 visits per child per year about 21 months after IMCI introduction. 19% of sick children in the IMCI area were taken to a health worker compared with 9% in the non-IMCI area.

Interpretation 2 years into the assessment, the results show improvements in the quality of care in health facilities, increases in use of facilities, and gains in the proportion of sick children taken to an appropriate health care provider. These findings are being used to strengthen child health care nationwide. They suggest that low levels of use of health facilities could be improved by investing in quality of care and health systems support.

Introduction

Mortality in children younger than 5 years (under-5 mortality) remains high in Bangladesh at 85 in 1000 livebirths, despite declines over the past decade.¹ Pneumonia, diarrhoea, malnutrition, and measles account for more than half (52%) of these deaths.² In 1998, the Government of Bangladesh adopted Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy to reduce these deaths and improve child health and development.

The IMCI strategy was designed to include coordinated activities within three components: (1) improving health worker skills; (2) improving community practices related to child health and development; and (3) strengthening of health system supports for child health activities.³ IMCI has been introduced in more than 100 countries (<http://www.who.int/child-adolescent-health>), but evaluations of IMCI effectiveness in Brazil, Peru, Tanzania, and Uganda showed substantial obstacles to achieving and sustaining high coverage.⁴ Although training of health workers in IMCI case management has been shown to lead to substantial improvements in several settings,^{5,6} national training coverage has stagnated at less than 10% in most countries because of health system constraints and insufficient investment.⁷ In many countries, only the health worker training component of IMCI was implemented, without complementary efforts to improve careseeking and other family practices or concrete activities designed to

strengthen the health system.⁷ For example, in Peru, activities to strengthen family practices were mostly implemented in districts other than those where strong programmes of IMCI case management training had occurred.⁸ There is now widespread recognition that IMCI is unlikely to result in improvements in child survival unless facility-based training activities are accompanied by effective efforts to strengthen health systems and reach children and mothers in the community. Sustained improvements in health services can happen only in the context of appropriate political structures and policies.

Bangladesh provided a natural opportunity to add a fifth country to the multi-country evaluation of IMCI in which the effect of IMCI could be assessed in close-to-ideal conditions.⁴ The evaluation was planned and is being undertaken through active collaboration between the Government of Bangladesh, the International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B), and WHO. The overall aim is to assess the health and economic effects of IMCI under conditions where all three components of IMCI are implemented concurrently in a population at high levels of quality and coverage. The design of the assessment rests on the assumption that the full implementation of IMCI will result in a 20% decline in under-5 mortality (excluding perinatal deaths, against which IMCI has little effect), which is the primary objective at the facility catchment level (cluster level). Measurable effect is expected within 2 years after full implementation of the strategy has been

Lancet 2004; 364: 1595–602

See Comment page 1557 and Articles page 1583

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, Dhaka, Bangladesh (S E Arifeen DrPH, L S Blum PhD, D M F Hoque MSc, E K Chowdhury MBBS, R Khan MA); Department of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA (Prof R E Black MD); Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brazil (Prof C G Victora PhD); and 20B1 Danby Road, Ithaca, NY 14850, USA (J Bryce EdD)

Correspondence to: Dr Shams El Arifeen, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, Dhaka, Bangladesh. shams@icddr.org

achieved.⁴ Because the intervention was allocated at the level of health facility (and respective catchment areas), a cluster design was necessary for the study.

This paper describes the methods used to collect baseline and monitoring information for the evaluation, including formative research to guide the design and delivery of the interventions. Results focus on the extent to which the three components of IMCI have been implemented to date, the coverage levels achieved, and the effects of IMCI on interim outcomes that include quality of care, careseeking, and use of Government of Bangladesh health facilities. However, mortality outcomes are not addressed in this interim paper. Except for use of facilities, which is a cluster (facility-catchment) level outcome, all other outcomes are reported at the level of the individual. Throughout the paper, particular attention is given to issues relating to health systems.

Methods

Setting and population

The study is being implemented in areas of Matlab upazilla (sub-district) not covered by child and reproductive health services provided by the ICDDR,B: Centre for Health and Population Research. The total population of the study area is about 350 000. The sampling frame included 20 of the 24 first-level outpatient facilities in the study area and their catchment areas. The remaining four units were excluded because substantial portions of their catchment populations received child health services from ICDDR,B and not from government facilities. Random allocation was based on clusters where the 20 facility/catchment area units were first paired in terms of facility type, geographical distribution, baseline mortality levels, and catchment population size. Baseline mortality was obtained through a census and demographic survey of all households in the study area. The units in each pair were randomly selected for either IMCI or comparison, thus ensuring balance in terms of these characteristics. Randomisation was done by blindly drawing a card with unit names from each pair and assigning it to IMCI, the other being assigned to comparison. The selection sequence was concealed until the groups were assigned.

The sample size was designed to include the number of facilities (and catchments) necessary to detect a 20% fall in under-5 mortality over and above the expected long-term reduction in deaths, to be measured in 2007. We estimated the under-5 mortality rate expected at the end of the project (93.5 per 1000 livebirths) and SD of catchment under-5 mortality estimates (9.0) with data from the Matlab Health and Demographic Surveillance System.^{9,10} We used standard sample size formulas for a difference in means, regarding each facility and its catchment area as one unit and assuming the measure of under-5 mortality in that area to have a normal distribution. The estimation was done iteratively, based

on the *t*-distribution, significance level of 5% and 90% power. The *t*-distribution was used instead of the normal distribution, because we expected a small sample size. The final calculations indicated a need for 6.16 units in each group. These calculations used $\alpha=2.26$ and $\beta=1.38$ from the *t*-distribution for 9 degrees of freedom. Degrees of freedom = $n - [(s-1) + m + t]$, where $n=14$ (total units), $s=4$ (number of strata), $m=1$ (mean effect), and $t=1$ (treatment effect). We increased the sample size estimate by 1.5 times to account for any inaccuracy in the SD estimate, resulting in at least ten units in every group.

Procedures

A baseline household health and morbidity survey was done in mid-2000 on a systematic sample of 2066 under-5 children identified in a comprehensive census of the area to provide baseline data about child mortality. Standard indicators from the multi-country evaluation were measured with an adapted version of the generic survey instrument (<http://www.who.int/imci-mce>). Questions were included to elicit accounts of health careseeking during the illness episode. All data collectors were trained in the use of this instrument and completed forms were reviewed and edited immediately by supervisors.

A baseline survey of health facilities was done in 19 of the 20 study health facilities between August and October, 2000. One facility was not assessed because it was not functioning at the time of the survey. Generic WHO/multi-country evaluation instruments and procedures for the evaluation of quality of care and costs (<http://www.who.int/imci-mce>) were adapted for use in the Bangladesh context. Summary indices showing the completeness of the health worker's assessment of the child and correct case management were constructed with these data. Observations of case management were used to calculate indices, ranging from 0 to 100, for both assessment and treatment or counselling. These indices have been shown to be valid and reliable measures of quality of care.¹¹ Data collectors were trained in IMCI and in the use of the survey forms, including field practice. Completed forms were reviewed and edited daily by supervisors.

We did formative research to inform intervention design and to understand more fully the specific barriers to full implementation and use of the interventions likely to be encountered in Bangladesh by children and families. A range of complementary methods were used, including key informant interviews, detailed narratives of home-based treatment and sequences of health seeking behaviours from mothers, free-listing and rating exercises, and hypothetical case scenarios. Examples of the types of topics addressed in several sub-studies included careseeking for pneumonia, local feeding practices, and reasons for successful and unsuccessful referral from first-level to referral-level facilities.

Continuous monitoring was a key part of the study design, providing information on the progress of implementation and allowing mid-course corrections and refinements. Study staff systematically recorded details of all implementation activities, including costs.

The baseline survey has been repeated in the study population once every 6 months since January, 2002. In this paper we report on four survey rounds, the last of which was completed in December, 2003. Data were obtained from a random sample of under-5 children, with some differences in the sampling schemes and sample sizes of the survey rounds. In the first round of data collection, the same households surveyed at baseline were visited and all under-5 children in those households were included (final sample 2082). In the second survey round, the same under-5 children identified in the first round were visited. The completed sample was smaller (2009) since some children were now older than 5 years and others had left the area. Since the cohort was getting older, and the actual sample size was smaller than required (2200), the sampling scheme was changed from round 3 onwards. For the first round in each calendar year, a fresh sample of 2200 households from the original household census was drawn, half in IMCI and half in comparison areas. Data collectors located the sampled households and selected one under-5 child or, if a child was not found there, selected a family with a under-5 child nearest to the index household. If there was more than one child in a household, only one was randomly selected by listing the children in order of age and then using a table of random numbers to select one child from the list. We also decided to visit the same children in the second round in the same calendar year. Consequently, the sample size was 2200 in round 3 and 1838 in round 4. Children reported to be sick during the initial survey visit were revisited at home once every 2 weeks until the end of the illness; this follow-up of episodes had not been done in the baseline survey. Additional variables were added in these survey rounds to track exposure of children and families to IMCI interventions.

The quality of care portion of the health facility survey was repeated in all 20 facilities between August and October, 2003, using the original survey instruments with minor modifications to address methodological limitations identified in the baseline survey.

The ten IMCI facilities were provided with structured formats for monthly reports on use of facilities. Existing reporting forms provided the information for the comparison facilities. The quality and completeness of this information was checked during routine facility visits by study physicians. The information in these reports included total numbers of visits by sick under-5s in the IMCI facilities (grouped by IMCI disease classification and severity). Records of sick children referred from these facilities were obtained by the study physicians and were linked to records at the referral

facilities. Finally, sick child registers from the IMCI facilities for the period January, 2002, to June, 2003, were coded and computerised. These registers provided more information on illness severity and area of residence of sick children seeking care.

The IMCI interventions and delivery strategies were developed through extensive consultations and strong collaboration with programme managers, policy makers, government officials, and researchers. Training to improve skills of health workers was done between November, 2001, and April, 2004. 35 health workers managing children in both first-level and referral-level facilities in the intervention areas were trained in the Bangladesh adaptation of the IMCI case management guidelines by use of the standard 11-day course curriculum recommended by WHO,^{12,13} and a 3-day training course on how to counsel mothers on breastfeeding.¹⁴ Although the strategy was to train all eligible workers, staff turnover prevented 100% training coverage. The health worker was expected to receive a follow-up visit after training by teams of specially prepared supervisors, including referral facility doctors. These visits included the observation of case management with immediate feedback, as well as systematic discussions of barriers to full implementation of the IMCI case management guidelines at the health facility level.¹⁵

The Government of Bangladesh routinely provides essential drugs needed for child health care in both intervention and comparison facilities. To improve health system supports for child health, the government and the ICDDR,B study team worked together to make additional drugs available in the intervention facilities, through a combination of direct purchase and the establishment of a facility-level drug tracking and reporting system. IMCI job-aids such as weighing scales, a timer for use in determining respiratory rates, thermometers, chart booklets, and locally adapted cards for use in counselling mothers were provided to all IMCI facilities. The routine recording forms used in IMCI facilities were modified to reinforce correct health worker performance after IMCI training.

The referral system and services in IMCI facilities were strengthened through the development and distribution of specific guidelines on when, how and where to refer, the provision of a structured referral form for the transfer of patient information from first- to referral level, and an orientation of first-level and referral-level health workers on the use of these tools.

IMCI facilities were supervised jointly by staff from the Government of Bangladesh and ICDDR,B, with a target of one visit per month to every facility. Visits were guided by a supervisory checklist, and included the review of completed case recording forms to assess correct treatment (especially for severe cases unlikely to be observed during the visit), observations of case management with immediate feedback, checking the

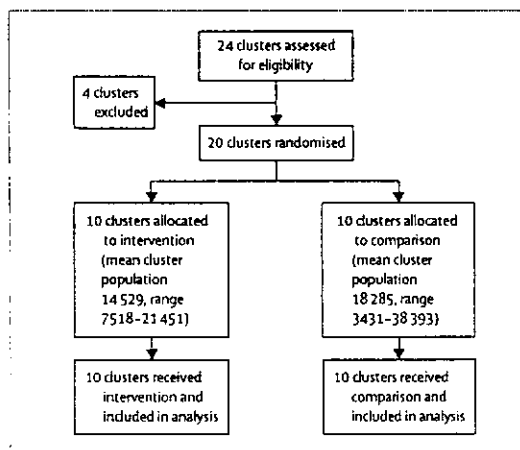


Figure 1: Study profile

status of drugs and supplies, and supportive interaction with health workers to identify unanticipated barriers to IMCI implementation.

All existing Government of Bangladesh community-based health workers in the catchment areas of the intervention facilities were participating in the implementation of a community education and counselling strategy developed to improve childcare practices. Based on the results of the baseline surveys and formative research, special emphasis was given to messages related to pneumonia and malnutrition, and to three practice areas: careseeking for sick children; illness management in the home; and responsive feeding. Nutrition workers from a large World Bank funded national nutrition programme were the primary workforce used in these activities. Other activities focused on increasing access to community-based health care by involving local village practitioners. These interventions were phased in during 2003.

In comparison areas, we attempted to limit possible Hawthorne effects by maintaining normal schedules for supervisory visits.

The study was approved by the ethics review committees of ICDDR,B and WHO. All participants of the health facility and household surveys provided informed verbal consent.

Statistical analysis

Generic WHO/multi-country evaluation indicators and analytical plans guided the analysis for this paper. (<http://www.who.int/imci-mce>). STATA (version 7) was used for all the analysis in this report (<http://www.stata.com>). Standard STATA commands such as `svy`mean, `svy`tab were used for adjusting the health facility and household data for clustering at the facility/catchment level. We used the STATA command `loneway` to estimate the intraclass correlation coefficient using the ANOVA estimator.

Role of the funding source

The Bill and Melinda Gates Foundation and the US Agency for International Development had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the report. The corresponding author had full access to all the data in the study and had final responsibility for the decision to submit for publication.

Results

Figure 1 shows the study profile. Documentation of IMCI implementation indicated that training coverage rose steadily from March, 2002, to April, 2004. By the latter date, 94% of all health workers managing children in the IMCI facilities had received training in IMCI case management and breastfeeding counselling, and 65% of those had received a follow up visit after training in their facilities.

Within the strengthening of health systems component, documentation reports indicated that all planned logistical support was available in the intervention facilities as of March, 2002, including adequate supplies, equipment, and job aids. The frequency of supervisory visits as of September, 2003, was lower than planned, with only an average of 6.3 facilities receiving a visit every month rather than all ten. The implementation of the drugs and logistics indenting system has ensured that no stocks of drugs ran out in the 2 years since initiation of implementation. The supervisors were able to review the information in the registers and forms, identify problems, and provide feedback. Data (not shown) from observed management of sick children during supervisory visits was available from the IMCI facilities for the last quarter of 2002, and first three quarters of 2003. Although the mean index of assessment was uniformly high (90–96) during this period, the mean index of correct treatment and counselling was 31 in the fourth quarter of 2002, increasing to 81 in the first quarter of 2003, 91 in the second quarter of that year, and 95 in the third quarter. We believe that this improvement is related to the systematic feedback given to the workers by the supervisors.

Implementation of the community component of IMCI began later than did the training and health system components. Training of 127 nutrition workers in the IMCI intervention areas on counselling, education, and problem solving began in May, 2003, and was completed in June, 2003, and that of 102 regular government health and family planning workers was completed by October, 2003. During October to December, 2003, the nutrition workers were also trained to hold education meetings with groups of women in the community. Specific operational guidelines were produced for these activities. BRAC (formerly known as Bangladesh Rural Advancement Committee), the largest non-governmental organisation in Bangladesh, was

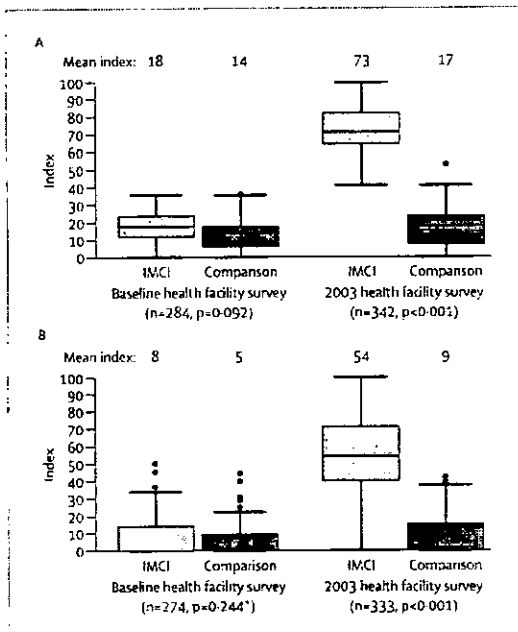


Figure 2: Index of correct assessment (A) and of correct treatment and counselling assessment (B) in ten IMCI (only nine at baseline) and ten comparison facilities. p values based on t tests. * $p=0.2117$ using Mann-Whitney tests since distribution is skewed.

enlisted to provide field support because the nutrition workers in Matlab are under their operational control. Unfortunately, complications related to the transition between two government funding cycles resulted in the nutrition programme activities being stopped during April to October, 2003. This difficulty led to poor functioning of nutrition workers and very low intervention coverage. For example, in the round 4 household survey, only 11% of mothers of under-5 children reported being in contact with the nutrition worker in the previous 6 months. The proportions receiving education on feeding (8%) and careseeking (4%) were even smaller.

In the baseline survey, the quality of assessment and management of sick children attending the health facilities was uniformly poor in both intervention and comparison areas (unpublished data). Very few children were checked for the presence of cough, diarrhoea, and fever, and only a fifth were correctly classified. No child with pneumonia or anaemia was appropriately treated, and only about a tenth of children who needed an oral antibiotic were prescribed one correctly. Additionally, of the eight sick children who needed a referral in the baseline health facility survey, four were referred. The findings also show that the providers made very little effort to explain the child's condition and counsel the caregiver on treatment and management of the illness. Consequently, only about one in ten caregivers of

children who were prescribed oral rehydration solution or an oral antibiotic knew how to administer the treatment (unpublished data).

About 18 months after the introduction of IMCI in the intervention areas, sick children visiting the IMCI facilities were receiving significantly better care than those visiting comparison facilities in terms of the clinical assessments and management of their presenting illnesses (figure 2). The quality of care in comparison facilities did not improve over this period. The intraclass correlation was 0.29 at baseline and 0.87 in 2003 for the index of assessment, and 0.14 at baseline and 0.60 in 2003 for the index of management.

Results from the tracking system for use of facilities show that attendance for child health care at IMCI facilities increased greatly after the introduction of IMCI, while attendance at comparison facilities fell (figure 3). Use of facilities increased from 0.6 visits per child per year in the last half of 2001 to 1.9 visits per child per year 21 months after IMCI implementation. This trend was confirmed by information collected through the repeated household surveys. The proportion of children who were ill in the 2 weeks before the survey whose caretakers reported that they had been taken to a health facility or a health worker increased steadily in the IMCI area over the four rounds of monitoring (10% in IMCI vs 6% in comparison areas in round 1 [$p=0.0806$]; 16% vs 8% in round 2 [$p=0.1010$]; 16% vs 5% in round 3 [$p=0.0187$]; and 19% vs 9% in round 4 [$p=0.0534$]). The greatest part of this increase was due to the proportion of children who were taken to the IMCI facilities, which rose from 4% of ill children in round 1 to 16% in round 4 (data not shown). At baseline, 63% of the sick children received care outside their home, but most children were taken to untrained village doctors (41%) or traditional healers (12%), and only 8% of ill children were taken to a health facility or health worker (unpublished data). The

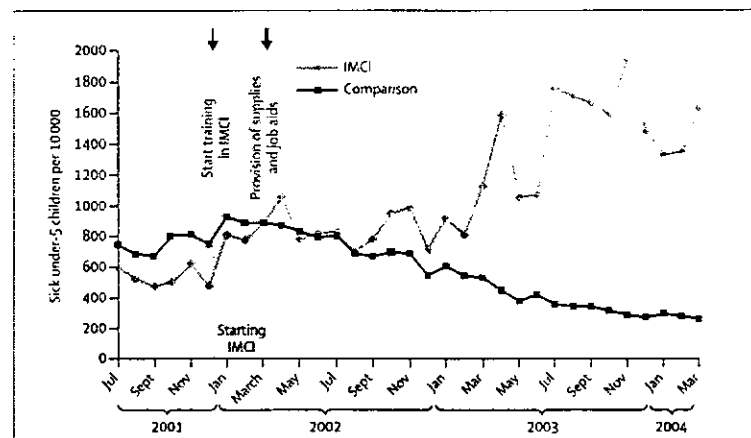


Figure 3: Use of 1st level facilities by sick children younger than 5 years. Thin arrow=training in IMCI started. Thick arrow=provision of supplies and job aids.

	Comparison area				IMCI area			
	Round 1	Round 2	Round 3	Round 4	Round 1	Round 2	Round 3	Round 4
Sex								
Boys	289 (4.2%)	307 (7.2%)	277 (4.7%)	169 (8.3%)	230 (11.3%)	192 (15.6%)	228 (15.4%)	184 (22.3%)
Girls	257 (7.0%)	269 (8.6%)	234 (5.6%)	168 (9.5%)	191 (8.4%)	184 (17.4%)	205 (17.6%)	175 (16.0%)
p	0.07	0.49	0.32	0.63	0.30	0.69	0.49	0.07
Perceived severity								
Mild	32 (0.0%)	18 (5.6%)	40 (5.0%)	29 (10.3%)	20 (0.0%)	8 (0.0%)	20 (10.0%)	33 (12.1%)
Moderate	255 (4.7%)	292 (6.5%)	285 (3.9%)	206 (5.3%)	212 (8.0%)	211 (12.3%)	250 (13.6%)	200 (17.0%)
Severe	259 (7.0%)	266 (9.4%)	186 (7.0%)	102 (15.7%)	186 (13.4%)	157 (22.9%)	163 (21.5%)	126 (24.6%)
p	0.18	0.30	0.16	0.04	0.02	0.01	0.10	0.05

p values based on χ^2 tests adjusted for cluster-effect and trend across the ordered categorical variable (perceived severity).

Table: Numbers (%) of children with any illness in previous 2 weeks seeking care from health facilities or health workers, by sex of child and perceived severity of illness

possibility that sick under-5s in the comparison area might be taken to IMCI facilities, and vice versa, is a concern. However, household data from the four rounds showed that careseeking from IMCI facilities by sick children living in comparison areas remained at less than 1% (data not shown).

Differences in use of health facilities or health workers for the care of ill children are summarised in the table. No aggregate statistically significant differences in careseeking were noted between boys and girls. In the comparison area, there is no obvious pattern of better careseeking for illness perceived to be severe. In the IMCI area, children with severe illness were more likely to be taken to a health facility or a health worker.

Data on use of facilities show a fourfold increase in the number of children with severe illness seeking care from IMCI facilities, from 37 children in the first quarter of 2002 to 126 in the second quarter of 2003. However, only 94 of these 126 children accepted referral. Although the referral rate from first-level to referral-level facilities also increased, rates of compliance with the recommended referral were low. In the first quarter of 2004, although 106 children were referred to the Matlab referral facilities (an additional 14 were referred to their facility of choice outside Matlab), only 15 (14%) of them went to the Matlab referral facility. Routine information system data in the comparison facilities did not enable the identification of severe cases and referrals made. The qualitative sub-study investigating reasons for referral failure identified several factors limiting compliance, including restrictions on travel outside the immediate community and competing demands at home, perceptions about disease severity and need for referral, fear of hospital, perceptions about the quality and costs at the referral facility, convenience and costs of transportation, and completeness and appropriateness of the information provided at referral.

Discussion

Our results show that the introduction of IMCI is associated with improvements in the quality of health

care for children in first-level facilities, a more than threefold increase in use of first-level facilities for the care of sick children, and steady increases in the proportion of sick children reported by their caretakers to have been taken to a health facility or health worker for care. Differences between the IMCI intervention and comparison areas were even more pronounced for children assessed by health workers or perceived by caretakers to have severe illness. No differences in careseeking practices were noted between the sexes, despite other reports of gender inequalities in Bangladesh for many child health indicators.¹⁶⁻²⁰ It should be noted that the timing of the data for use of health facilities presented here does not fully capture the impact of the community intervention, which started in earnest in late 2003. Consequently, we expect that use of these facilities will continue to increase as the community interventions reach higher levels of coverage.

These positive effects of IMCI are tempered by other findings reported here. Qualitative sub-studies showed low rates of referral completion among children with severe illness sent to local hospitals for care. Despite increases in use of health facilities and improvements in careseeking, the estimated number of visits by under-5s to first-level facilities for illness care in this area of Bangladesh remained at about two per child per year, and only 19% of children reported by their caretakers to have been ill in the 2 weeks before the survey were taken to an appropriate care provider. Even the careseeking rate documented in the most recent round of monitoring was substantially lower than that observed in the Tanzania multi-country evaluation site, where 41% of children who were sick in the previous 2 weeks were taken first to trained providers at baseline.⁴¹ However, in Tanzania the improved quality of care did not result in increased use of health facilities, perhaps because baseline rates of use were much higher in Tanzania than in Bangladesh. Higher proportions of sick children in the study area and in Bangladesh must receive basic but effective treatments for common life-threatening illnesses if rapid reductions in mortality rates are to be achieved.

This study has limitations characteristic of large-scale assessments of public health programmes.²⁰ In these studies interventions are made available to the health services, and although their delivery or rates of compliance are not under the direct control of the investigators the results are likely to show a positive bias, or "best practice". This is true of the way IMCI is being implemented in the study intervention areas in Bangladesh, although all aspects of implementation reflect agreement between the study team and the Government of Bangladesh that the set of interventions and delivery strategies being assessed fall well within the policies and resource availability that would determine how IMCI was scaled-up to nationwide coverage.

A second limitation derives from the fact that these results are reported before the larger study is complete. The evaluation design is prospective, and full results on mortality effects and cost effectiveness will be available only in 2007. This delay shows the time needed after implementation to allow IMCI to have a biological effect, as well as the time needed for measurement of the final indicators of effect.²¹ However, in view of the importance to public health and policy of these interim findings on the quality of care, use, and careseeking, it is important that these results be made available now—especially since another study within the multi-country evaluation has shown a plausible association between IMCI case management training and child mortality and nutritional status.²¹

This study highlights the importance of qualitative research and monitoring to ensure continued improvement of interventions and delivery strategies. The active collaboration between researchers and the GOB permitted flexibility in our setting, leading to implementation strategies that evolved over time in response to identified problem areas. The implication for country teams implementing IMCI is that they must have the authority and understanding to deviate from current guidelines by identifying critical problem areas, and the creativity to design approaches appropriate to the local social and health context.

Our experience to date suggests that full implementation of the IMCI strategy, with interventions directed at improvement of health worker skills, health system support for child health care, and family and community practices, is feasible and can lead to changes in careseeking practices and increases in the use of public health facilities. Achieving and expanding on this success, however, requires full and active collaboration among multidisciplinary teams of scientists and government health decision makers and a willingness to improve key elements of the health system. In the context of this study, existing supervisory staff were trained and supported to provide more frequent supervision and to incorporate activities into each visit that targeted quality of care. The standard information system forms used by the Government of Bangladesh

were modified to further reinforce correct functioning in health workers. Essential drugs and equipment needed to provide quality health care to children are being provided and maintained. Levels of intervention coverage are high, if not universal, and sustained over the study period. The result has been improved health care for all children. The study team continues to work closely with the Government of Bangladesh to incorporate lessons and experiences from the multi-country evaluation study into nationwide implementation of IMCI. Tools and methods developed and implemented in Matlab form an integral part of the IMCI intervention already implemented in 21 of 460 *upazillas* in Bangladesh by the Government of Bangladesh.

Contributors

S E Arifeen, R E Black, C G Victora, and J Bryce contributed to the study conception and design. S E Arifeen coordinated fieldwork and supervised intervention implementation and field data collection with L Blum, D M E Hoque, E K Chowdhury, and R Khan. L Blum and R Khan were responsible for the design, data collection, analysis, and write-up of the formative research. D M E Hoque contributed to the intervention description. S E Arifeen and E K Chowdhury assessed data. S E Arifeen, L Blum, and J Bryce wrote the first draft of the article. All authors critically revised the first draft for content and contributed to the final draft.

Conflict of interest statement

Cesar G Victora and Jennifer Bryce work as part-time consultants for the WHO, one of the institutions involved in implementing IMCI worldwide. No other conflict of interest declared for any other author.

Acknowledgments

We thank our colleagues and partners in the Government of Bangladesh for their help in designing and implementing the intervention, and the managers, health and family planning workers, and data collectors of Matlab for responding to the needs of the study and making possible a near-to-ideal implementation of IMCI. This study was done at the ICDDR,B: Centre for Health and Population Research, with funding from the Bill and Melinda Gates Foundation through a grant to the WHO Department of Child and Adolescent Health and Development and of Cooperative Agreement #388-A-00-97-00032-00 from the United States Agency for International Development. ICDDR,B acknowledges with gratitude their commitment to the Centre's research effort. This paper is part of the Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact, which is arranged, coordinated, and funded by the Department of Child and Adolescent Health and Development of the WHO, and with the financial support of the Bill and Melinda Gates Foundation and the US Agency for International Development.

References

- 1 National Institute of Population Research and Training (NIPORT), ORC Macro, Johns Hopkins University and ICDDR, B. 2003. Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001. Dhaka and Calverton: NIPORT, ORC Macro, Johns Hopkins University, ICDDR,B.
- 2 Baqui AH, Sabir AA, Begum N, Arifeen SE, Mitra SN, Black RE. Causes of childhood deaths in Bangladesh: an update. *Acta Paediatr* 2001; 90: 682-90.
- 3 Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet* 1999; 354 (suppl 2): 16-20.
- 4 Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Vaughan JP, Black RE. The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. *Am J Public Health* 2004; 94: 406-15.
- 5 Gouws E, Bryce J, Habicht JP, et al. Improving the use of antimicrobials through IMCI case management training. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 509-15.

- 6 Tanzania IMCI Multi-Country Evaluation Health Facility Survey Study Group. The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania. *Health Policy Plan* 2004; 19: 1–10.
- 7 Victora CG, Hanson K, Bryce J, Vaughan JP. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet* 2004; 364: 1541–48.
- 8 Huicho L, Dávila M, Campos M, Drasbek C, Bryce J, Victora CG. Scaling up IMCI to the national level: achievements and challenges in Peru. *Health Policy Plan* (in press).
- 9 Mostafa G, Shaikh MAK, Ahmed K, van Ginneken JK. Demographic surveillance system—Matlab. Vol 25: Registration of demographic events—1994. International Centre for Diarrhoeal Disease Research. Bangladesh (ICDDR,B). Scientific report 77. October, 1996.
- 10 Mostafa G, Ahmed K, Shaikh MAK, van Ginneken JK, Sarder AM. Demographic Surveillance System—Matlab. Vol 27: Registration of demographic events—1995. International Centre for Diarrhoeal Disease Research. Bangladesh (ICDDR,B). Scientific report 79. December, 1996.
- 11 Gouws E, Bryce J, Pariyo G, Schellenberg JA, Amaral J, Habicht JP. Measuring the quality of child health care at first-level facilities. *Soc Sci Med* (in press).
- 12 WHO and UNICEF. Resources: Integrated Management of Childhood Illness. IMCI in-service training. http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/in_service.htm (accessed Oct 9, 2004).
- 13 WHO and UNICEF. Resources: Integrated Management of Childhood Illness. IMCI chart booklet. <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/chartbooklet.htm> (accessed Oct 9, 2004).
- 14 WHO. Child nutrition. Breastfeeding counselling: a training course. WHO/CDR/93-3-5. UNICEF/NUT/93-1. <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm> (accessed Oct 9, 2004).
- 15 WHO. Resources: Integrated Management of Childhood Illness. Guidelines for follow-up after training in the WHO/UNICEF course on IMCI for first-level health workers. WHO/FCH/CAH/99-1. http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/WHO_FCH_CAH_99.1.htm (accessed Oct 9, 2004).
- 16 Chowdhury AM, Bhuiya A, Mahmud S, Abdus Salam AK, Karim F. Immunization divide: who do get vaccinated in Bangladesh? *J Health Popul Nutr* 2003; 21: 193–204.
- 17 Ahmed S, Sobhan F, Islam A, Barkat-e-Khuda. Neonatal morbidity and care-seeking behaviour in rural Bangladesh. *J Trop Pediatr* 2001; 47: 98–105.
- 18 Hussain A, Ali SM, Kvale G. Determinants of mortality among children in the urban slums of Dhaka city, Bangladesh. *Trop Med Int Health* 1999; 4: 758–64.
- 19 Rousham EK. Socio-economic influences on gender inequalities in child health in rural Bangladesh. *Eur J Clin Nutr* 1996; 50: 560–64.
- 20 Henry FJ, Briand A, Fauveau V, Huttly SA, Yunus M, Chakraborty J. Gender and age differentials in risk factors for childhood malnutrition in Bangladesh. *Ann Epidemiol* 1993; 3: 382–86.
- 21 Schellenberg JA, Victora CG, Mushi A, et al, for the Tanzania IMCI MCE baseline household survey study group. Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania. *Lancet* 2003; 361: 561–66.
- 22 Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004; 94: 400–05.
- 23 Armstrong Schellenberg JRM, Adam T, Mshinda H, et al. Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *Lancet* 2004; 364: 1583–94.

International Centre for Diarrhoeal Disease Research
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION
Demographic Survey Questionnaire

FORM A

পরিচিতিমূলক তথ্যাবলী:

ইউনিয়নের নাম/নম্বর	গ্রামের নাম/নম্বর	বাড়ীর নাম/নম্বর
গৃহকর্তার নাম/গৃহের নম্বর:		মাঠকর্মীর নাম/কোড:
ইন্টারভিউয়ের তারিখ: 1. ___/___/2000 2. ___/___/2000 3. ___/___/2000		অবস্থা কোড: 1=সম্পূর্ণ হয়েছে 2=বাসায় কেউ ছিলেন না, 3=রাজী নন 4=অসম্পূর্ণ 7=অন্যান্য
ও অবস্থা:		

Household অংশ: [উত্তরদাতা : গৃহকর্তা অথবা পরিবারের প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য]

পরিবারের গঠন (বর্তমানে জীবিত ও গৃহের নিয়মিত বাসিন্দা):	পুরুষ	মহিলা	
101. 5 বছরের কম বয়সী শিশুর সংখ্যা.....	|_|_|	|_|_|	
102. 5-9 বছর বয়সী বালক / বালিকার সংখ্যা.....	|_|_|	|_|_|	
103. পরিবারে 10-49 বছর বয়স্ক লোকের সংখ্যা.....	|_|_|	|_|_|	
104. 10-49 বছর বয়স্ক কখনও বিয়ে হয়েছিল এমন মহিলার সংখ্যা.....	|_|_|	|_|_|	
105. 50 বছর বা তার উর্ধ্ব বয়সের লোকের সংখ্যা.....	|_|_|	|_|_|	
106. গত ১২ মাসে এই খানায় কেউ মারা গেছেন কি?	হ্যাঁ	না	1 2 → 108
107. জানপাশের ঘরে মৃত্যু-কালে বয়স অনুযায়ী মৃতের সংখ্যা লিখুন:	0-4 বছর	5-9 বছর	10-49 বছর (প)
	_ _	_ _	_ _
		10-49 বছর (ম)	50+ বছর
		_ _	_ _

QUESTIONS	CODING CATEGORIES																																
108. এই খানার সবচেয়ে বড় ঘরের মেঝে, দেয়াল ও ছাদ প্রধানত: কি দিয়ে তৈরী?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">মেঝে</td> <td style="text-align: center;">দেয়াল</td> <td style="text-align: center;">ছাদ</td> </tr> <tr> <td>মাটি</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>পাটকাঠি</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>বাঁশ</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>কাঠ</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>টিন</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>ইট/সিমেন্ট/ঢালাই</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>অন্য (লিখুন)</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> </table>		মেঝে	দেয়াল	ছাদ	মাটি	1	1	1	পাটকাঠি	2	2	2	বাঁশ	3	3	3	কাঠ	4	4	4	টিন	5	5	5	ইট/সিমেন্ট/ঢালাই	6	6	6	অন্য (লিখুন)	7	7	7
	মেঝে	দেয়াল	ছাদ																														
মাটি	1	1	1																														
পাটকাঠি	2	2	2																														
বাঁশ	3	3	3																														
কাঠ	4	4	4																														
টিন	5	5	5																														
ইট/সিমেন্ট/ঢালাই	6	6	6																														
অন্য (লিখুন)	7	7	7																														
109. আপনি/আপনারা কতদিন থেকে এই বাড়ীতে বাস করছেন?	এই বাড়ীতে: _ _ বছর _ _ মাস																																
110. আপনি/আপনারা কতদিন থেকে এই গ্রামে বাস করছেন?	এই গ্রামে: _ _ বছর _ _ মাস																																

চিকিৎসা-সংক্রান্ত অংশ: [বাড়ীর গৃহকর্তা-কে প্রশ্নটি জিজ্ঞেস করুন]

১১১. আপনার শিশুদের কারো অসুখ হলে আপনারা বা আপনারদের প্রতিবেশীরা কোথায় ও কোন সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্রে চিকিৎসার জন্য যান?
[ভাঁরা যেখানে চিকিৎসার জন্য যান সেই স্থানের নাম ও ঠিকানার পূর্ণ বিবরণ লিখুন]

1. _____

2. _____

International Centre for Diarrhoeal Disease Research
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION
 Demographic Survey Questionnaire

FORM B

পরিচিতিমূলক তথ্যাবলী:

ইউনিটের নাম/নম্বর: _____ গ্রামের নাম/নম্বর: _____ বাড়ীর নাম/নম্বর: _____
 গৃহকর্তার নাম/গৃহের নম্বর: _____ মাঠকর্মীর নাম/পোড়: _____

কখনও বিয়ে হয়েছিল এমন মহিলাদের বিষয়ে তথ্য:

[এই বানায় বসবাস করেন এমন ১০ হতে ৪৯ বছর বয়সের সকল মহিলা (কখনও বাঁদের বিয়ে হয়েছিল) এমন সবার জন্য প্রযোজ্য। মহিলা নিজেই উত্তর দিবেন।

মহিলার নাম/নম্বর: _____ তারিখ: ____/____/2000 অবস্থা: ① সম্পূর্ণ ② অনুপস্থিত ③ গরবালি

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
201. আপনার জন্ম কোন সালের কোন মাসে? (যদি মাস জানা না থাকে, তবে মাসের ঘরে "98" লিখুন।)	মাস সাল ..... | 1 |	
202. আপনি সর্বোচ্চ কোন ক্রাশ পাশ করেছেন (কোন ক্রাশ সম্পূর্ণ করেছেন)?	..... ক্রাশ	
203. আপনি কি নর্তমানে বিবাহিতা, তালাকপ্রাপ্ত, আলাদা থাকেন না বিধবা?	বিবাহিতা 1 তালাকপ্রাপ্ত 2 আলাদা থাকেন 3 বিধবা 4	205
204. আপনার স্বামী সর্বোচ্চ কোন ক্রাশ পাশ করেছেন (কোন ক্রাশ সম্পূর্ণ করেছেন)?	..... ক্রাশ	
205. আপনার জীবনে আপনি (নিজ গর্ভে) যে কয়জন ছেলেমেয়ে জন্ম দিয়েছেন তাদের সকলের জন্ম সম্পর্কে এখন আপনাকে কিছু প্রশ্ন করতে চাই। আপনার কি কখনও কোন ছেলেমেয়ে হয়েছে?	হ্যাঁ 1 না 2 ->	210
206. আপনি জন্ম দিয়েছেন, এমন ছেলে অথবা মেয়ে কি এখন আপনার সাথে থাকে?	হ্যাঁ 1 না 2 ->	208
207. কয়জন ছেলে আপনার সাথে থাকে? এবং কয়জন মেয়ে আপনার সাথে থাকে? (যদি না হয়, তবে "00" লিখুন।)	সাথে থাকে এমন ছেলের সংখ্যা সাথে থাকে এমন মেয়ের সংখ্যা	
208. আপনি কি এমন কোন ছেলে বা মেয়ে জন্ম দিয়েছেন যারা এখন জীবিত আছে কিন্তু অন্য কোথাও থাকে?	হ্যাঁ 1 না 2 ->	210
209. কয়জন জীবিত ছেলে আছে, যারা এখন অন্য কোথাও থাকে? কয়জন জীবিত মেয়ে আছে, যারা এখন অন্য কোথাও থাকে? (যদি না হয়, তবে "00" লিখুন।)	অন্যত্র থাকে এমন ছেলের সংখ্যা অন্যত্র থাকে এমন মেয়ের সংখ্যা	
210. আপনি কি কখনো কোন ছেলে বা মেয়ে জন্ম দিয়েছেন, যে জীবিত হয়েছিল কিন্তু জন্ম নেয়ার পরে মারা গিয়েছে? যদি না হয়, যাচাই করুন: এমন কোন ছেলে বা মেয়ে, যে জন্মের পর কেঁদেছিল, বা যার জীবনের লক্ষণ দেখা গিয়েছিল, কিন্তু কয়েক ঘণ্টা বা কয়েক দিন মাত্র জীবিত ছিল?	হ্যাঁ 1 না 2 ->	212
211. সব মিলিয়ে মোট কয়জন ছেলে মারা গেছে? এবং কয়জন মেয়ে মারা গেছে? (যদি না হয়, তবে "00" লিখুন।)	মৃত ছেলের সংখ্যা মৃত মেয়ের সংখ্যা	
212. প্রশ্ন নং 207, 209 এবং 211 যোগ করে লিখুন। যদি না হয়, তবে "00" লিখুন	মোট	
213. 212 দেখুন: আপনার ছেলেমেয়ের সংখ্যা সঠিকভাবে লিখেছি এ বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার জন্য আমি আপনাকে আবারও জিজ্ঞাসা করতে চাই, আপনি মোট _____ জীবিত সন্তান জন্ম দিয়েছেন। এটা কি ঠিক?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ ->214 <input type="checkbox"/> না ->205-212-এর উত্তরগুলো দেখুন এবং সংশোধন করুন	
214. 212 দেখুন ও সঠিক ঘরে টিক চিহ্ন দিন:	<input type="checkbox"/> এক বা একাধিক জীবিত সন্তান জন্ম দিয়েছেন ->215 <input type="checkbox"/> কোন জীবিত সন্তান জন্ম দেয়নি ->STOP	

215. আপনি যতগুলো ছেলেমেয়ের জন্ম দিয়েছেন, তাদের প্রতিজ্ঞের সম্পর্কে আপনাকে এখন আমি কিছু প্রশ্ন করতে চাই, আপনার কোন ছেলেমেয়ে যদি মারা গিয়ে থাকে, তার জন্ম সম্পর্কেও জানতে চাই। আপনার সবশেষে যে বাচ্চা জন্মেছিল তাকে দিয়ে আমি প্রশ্ন তত্ত্ব করব। (212 নং প্রশ্নে উল্লিখিত সংখ্যার প্রত্যেক জীবিত জন্মের নাম লিখুন। এক্ষেত্রে জন্ম একাধিক জন্ম সন্তানের প্রতিজ্ঞের জন্য আলাদা শাইন ব্যবহার করুন।)

216.	217.	218.	219.	220.	221.	222.	223.	224.
আপনার (শেষ/পূর্বের) বাচ্চার নাম কি রাখা হয়েছিল?	এ বাচ্চাদের মধ্যে কেহ জন্মগ্রহণ হয়েছিল?	(নাম) কি ছেলে না মেয়ে?	কোন সালের কোন মাসে (নাম) জন্ম গ্রহণ করেছিল	(নাম) এখন কেমন আছে?	জীবিত হলে: শেষ জন্মদিনে (নাম) এর বয়স কত ছিল? (পূর্ণ বছরে বয়স লিখুন।)	জীবিত হলে: (নাম) কি আপনার সাথে থাকে?	মৃত হলে: মৃত্যুর সময় তার বয়স কত ছিল? যদি "1" বছর হয়, Probe করুন: (নাম) এর কয় মাস বয়স হয়েছিল? (এক মাসের কম হলে দিনে, দুই বছরের কম হলে মাসে, এবং দুই বছরের বা তার উপরে হলে বছরে লিখুন।)	(নাম) এবং (আপনার বাচ্চার নাম) এর জন্মের মাঝখানে অন্য কোন জীবিত বাচ্চার জন্ম হয়েছিল কি?
1.	এক ... 1 একাধিক 2	ছেলে . 1 মেয়ে . 2	মাস বছর .	জীবিত . 1 মৃত ... 2 223	বয়স (পূর্ণ বছরে)	হ্যাঁ ... 1 না ... 2 224	দিন 1 মাস 2 বছর 3	হ্যাঁ 1 না 2
2.	এক ... 1 একাধিক 2	ছেলে . 1 মেয়ে . 2	মাস বছর .	জীবিত . 1 মৃত ... 2 223	বয়স (পূর্ণ বছরে)	হ্যাঁ ... 1 না ... 2 224	দিন 1 মাস 2 বছর 3	হ্যাঁ 1 না 2
3.	এক ... 1 একাধিক 2	ছেলে . 1 মেয়ে . 2	মাস বছর .	জীবিত . 1 মৃত ... 2 223	বয়স (পূর্ণ বছরে)	হ্যাঁ ... 1 না ... 2 224	দিন 1 মাস 2 বছর 3	হ্যাঁ 1 না 2
4.	এক ... 1 একাধিক 2	ছেলে . 1 মেয়ে . 2	মাস বছর .	জীবিত . 1 মৃত ... 2 223	বয়স (পূর্ণ বছরে)	হ্যাঁ ... 1 না ... 2 224	দিন 1 মাস 2 বছর 3	হ্যাঁ 1 না 2
5.	এক ... 1 একাধিক 2	ছেলে . 1 মেয়ে . 2	মাস বছর .	জীবিত . 1 মৃত ... 2 223	বয়স (পূর্ণ বছরে)	হ্যাঁ ... 1 না ... 2 224	দিন 1 মাস 2 বছর 3	হ্যাঁ 1 না 2
6.	এক ... 1 একাধিক 2	ছেলে . 1 মেয়ে . 2	মাস বছর .	জীবিত . 1 মৃত ... 2 223	বয়স (পূর্ণ বছরে)	হ্যাঁ ... 1 না ... 2 224	দিন 1 মাস 2 বছর 3	হ্যাঁ 1 না 2
7.	এক ... 1 একাধিক 2	ছেলে . 1 মেয়ে . 2	মাস বছর .	জীবিত . 1 মৃত ... 2 223	বয়স (পূর্ণ বছরে)	হ্যাঁ ... 1 না ... 2 224	দিন 1 মাস 2 বছর 3	হ্যাঁ 1 না 2

225. (সর্বশেষ বাচ্চার নাম) এর জন্মের পর আপনার আর কোন জীবিত বাচ্চার জন্ম হয়েছিল কি? হ্যাঁ 1
না 2

226. 212 নং প্রশ্নের সহিত Birth History এর জন্ম সংখ্যা তুলনা করে চিহ্নিত করুন:

সংখ্যাগুলো একই সংখ্যাগুলো ভিন্ন (যাচাই করুন এবং সঠিক উত্তর লিখুন)

- যাচাই করুন: প্রত্যেক জন্মের জন্য জন্ম সাল লেখা হয়েছে
 প্রত্যেক জীবিত সন্তানের জন্য বর্তমান বয়স লেখা হয়েছে
 প্রত্যেক মৃত সন্তানের জন্য মৃত্যুকালীন বয়স লেখা হয়েছে
 এক বছরের অথবা ১২ মাস বয়সে মৃত্যুর জন্য মাসের সঠিক সংখ্যা যাচাই করে ঠিক করা হয়েছে

227. 219, 220, ও 222 নং যাচাই করুন এবং JANUARY 1998 বা তারপর জন্ম নেয়া বাচ্চাদের মধ্যে যারা এক বা একাধিক বাচ্চা -> FORM C
 এখনও জীবিত আছে এবং মহিলার সাথে বসবাস করে তার মোট সংখ্যা লিখুন একটি বাচ্চাও নয় -> STOP

International Centre for Diarrhoeal Disease Research
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION
Demographic Survey Questionnaire

FORM C

পরিচিতিমূলক তথ্যাবলী:

ইউনিয়নের নাম/নম্বর	গ্রামের নাম/নম্বর	বাড়ীর নাম/নম্বর
গৃহকর্তার নাম/গৃহের নম্বর:	মাঠকর্মীর নাম/কোড:	

শিশুকে বুকের দুধ খাওয়ানো সংক্রান্ত তথ্য: [বর্তমানে জীবিত এবং JANUARY 1998 বা তারপর জন্ম নেয়া সকল বাচ্চার বিষয়ে তথ্য। বাচ্চার মা'র কাছ থেকে তথ্য নিতে হবে]

মহিলার নাম: _____	মহিলার নম্বর: _____
শিশুর নাম: _____	শিশুর নম্বর: _____

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES			SKIP
	হ্যাঁ	না	জানেন না	
301. <নাম> কি কখনো বুকের দুধ খেয়েছে?	1	2	9	312
302. <নাম> কি এখনো বুকের দুধ খায়?	1	2	9	312
303. গতকাল এই সময় থেকে এ-পর্যন্ত <নাম> কি ভিটামিন বা অন্য কোন ঔষধ খেয়েছে?	1	2	9	
304. গতকাল এই সময় থেকে এ-পর্যন্ত <নাম> কি পানি খেয়েছে?	1	2	9	
305. গতকাল এই সময় থেকে এ-পর্যন্ত <নাম> কি শরবৎ, ফলের রস, ডাবের পানি, কোক/পেপসি, চা অথবা এই জাতীয় পানীয় খেয়েছে? উল্লেখ করুন: _____	1	2	9	
306. গতকাল এই সময় থেকে এ-পর্যন্ত <নাম> কি খাবার স্যালাইন বা ORS খেয়েছে ?	1	2	9	
307. গতকাল এই সময় থেকে এ-পর্যন্ত <নাম> কি টিনের দুধ, গুঁড়াদুধ, কডেন্ড মিক্স বা গরুর দুধ খেয়েছে ?	1	2	9	
308. গতকাল এই সময় থেকে এ-পর্যন্ত <নাম> কি অন্য কোনো তরল খাবার খেয়েছে? উল্লেখ করুন: _____	1	2	9	
309. গতকাল এই সময় থেকে এ-পর্যন্ত <নাম> কি কোনো শক্ত বা আধা শক্ত (নরম) খাবার খেয়েছে? উল্লেখ করুন: _____	1	2	9	311
যদি শিশু শক্ত বা আধা শক্ত খাবার খেয়ে থাকে (309 নং হ্যাঁ হলে), তবে: 310. গতকাল এই সময় থেকে এখন পর্যন্ত <নাম> মোট কতবার শক্ত বা আধা শক্ত খাবার খেয়েছে? /মা-কে শিশুর সকল খাবার গ্রহণের সংখ্যা গণতে ও বলতে বসুন। তবে দুধ বা কোনো তরল খাবারকে এই হিসাবের মধ্যে ধরবেন না।		_____	বার	
311. গতকাল এই সময় থেকে এ-পর্যন্ত <নাম> কি শুধুমাত্র বুকের দুধ খেয়েছে?	1	2	9	
312. গতকাল এই সময় থেকে এ-পর্যন্ত <নাম> কি বাঁট বা নিপল আছে এমন কোনো বোতল থেকে কিছু খেয়েছে?	হ্যাঁ..... 1	না 2	জানেন না..... 9	

Matlab IMCI Evaluation Study
VERBAL AUTOPSY INSTRUMENT
FACE SHEET

(To be completed in office)

SECTION -1: BACKGROUND INFORMATION ON CHILD AND HOUSEHOLD

UNION NAME / CODE _____

VILLAGE NAME / CODE _____

BARI NAME / CODE _____

HOUSEHOLD NO. _____

NAME OF HOUSEHOLD HEAD _____

NAME OF CHILD'S MOTHER _____ MOTHER'S I.D. _____

NAME OF CHILD _____ CHILD'S I.D. _____

SEX OF CHILD 1. MALE 2. FEMALE

CHILD'S DATE OF BIRTH (day/ month/ year) _____

CHILD'S DATE OF DEATH (day/ month/ year) _____

সাক্ষাৎকার শুরু করার সময় : _____ ঘন্টা _____ মিনিট

SECTION -2: BACKGROUND INFORMATION ABOUT THE INTERVIEW

2.1 INTERVIEWER'S NAME _____

2.2 INTERVIEWER'S IDENTIFICATION NUMBER _____

	day/month/year
Date of first interview attempt	
Date and time arranged for second interview attempt	
Date and time arranged for third interview attempt	
Date of interview (completed)	
Date form checked by supervisor	
Date entered in computer	

AREA: DSS Intervention = 1
DSS Comparison = 2
Non DSS = 3

STATUS CODE: Interview completed----- 1
No one at home----- 2
Unwilling to give interview----- 3
Interview incomplete----- 4
Others ----- 5

SECTION 3 : INFORMATION ABOUT CARETAKER/RESPONDENT

3.1 প্রধান উত্তরদাতার নাম কি? _____

3.2 (নাম) এর সাথে (উত্তরদাতার) সম্পর্ক কি?

1. মা
2. বাবা
3. দাদা/দাদী
4. নানা/নানী
5. খালা/ফুফু/চাচী/মামী
6. খালু/ফুপা/চাচা/মামা
7. অন্য পুরুষ _____
8. অন্য মহিলা _____

3.3 প্রধান উত্তর দাতার বয়স কত (বছরে) |___|___|

3.4 প্রধান উত্তর দাতা কোন শ্রেণী পর্যন্ত লেখাপড়া সম্পূর্ণ করেছেন |___|___|

3.5 সাক্ষাৎকার গ্রহণের সময় অন্য কেউ সেখানে উপস্থিত ছিল কিনা?

1. হ্যাঁ
 2. না
- (যদি না হয় তবে 3.5.3 নম্বর প্রশ্নে যান)

3.5.1 যে রোগের জন্য (নাম) এর মৃত্যু হয়েছিল অথবা হাসপাতালে নেয়া হয়েছিল সেই সময় যারা উপস্থিত ছিলেন, সাক্ষাৎকার গ্রহণের সময়ে তাদের কেহ উপস্থিত থেকে আলোচনায় অংশ গ্রহণ করে থাকলে হ্যাঁ বা না সার্কেল করুন

	সাক্ষাৎকার গ্রহণের সময় উপস্থিত আছেন		অসুস্থতার সময় উপস্থিত ছিলেন	
	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না
1. মা	1	2	1	2
2. বাবা	1	2	1	2
3. দাদী/নানী	1	2	1	2
4. দাদা/নানা	1	2	1	2
5. খালা/ফুফু/চাচী/মামী	1	2	1	2
6. খালু/ফুপা/চাচা/মামা	1	2	1	2
7. অন্য পুরুষ (লিখুন) _____	1	2	1	2
8. অন্য মহিলা (লিখুন) _____	1	2	1	2

3.5.2 সাক্ষাৎ গ্রহণের সময় কতজন উপস্থিত ছিলেন |___|___| (সাক্ষাৎকার গ্রহণকারী ব্যতীত)

3.5.3 যদি (নাম) এর মা সাক্ষাৎকার গ্রহণের সময় উপস্থিত না থাকেন তবে কি তিনি এখনও জীবিত আছেন?

1. হ্যাঁ
2. না
3. প্রযোজ্য নয়

SECTION -4: INFORMATION ABOUT THE CHILD

4.1 (নাম) কোন সালের কোন তারিখে জন্মেছিল?

দিন | | | মাস | | | বছর | | | | |

4.2 (নাম) কোন সালের কোন তারিখে মারা গিয়েছিল?

দিন | | | মাস | | | বছর | | | | |

4.3 (নাম) কোথায় মারা গিয়েছিল?

1. হাসপাতাল
2. অন্য স্বাস্থ্যকেন্দ্র
3. হাসপাতাল অথবা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যাওয়ার পথে
4. বাড়ীতে (যদি বাড়ীতে হয় তবে 5.1 নং প্রশ্নে যান)
5. অন্যান্য (লিখুন) _____

4.3.3 (নাম) যদি হাসপাতাল, স্বাস্থ্যকেন্দ্র অথবা ক্লিনিকে মারা যায় তবে তার নাম ও ঠিকানা লিখুন।

SECTION-5: OPEN HISTORY QUESTION

5.1 যে রোগ/অবস্থায় (নাম) এর মৃত্যু হয়েছিল সে রোগে কিভাবে তার মৃত্যু ঘটে দয়া করে আমাকে বলুন। এই রোগের বা অবস্থার কি লক্ষণ প্রথমে এসেছিল? তারপর শেষের দিকে আপনার নজরে কি পড়েছিল?

সাক্ষাতকার গ্রহন কারীর জন্য নির্দেশনাঃ উত্তর দাতাকে তার নিজের ভাষায় বলার জন্য সহায়তা করুন। উত্তর দাতা বলার পর আর কিছু আছে কিনা তা ছাড়া অন্য কিছু জিজ্ঞাস করা যাবেনা. যতক্ষন না বলে যে আর কিছু নেই

উত্তর দাতা তার নিজের ভাষায় যা বলেছেন তা থেকে নিম্নের প্রশ্ন গুলি পূরন করুন

	হ্যাঁ	না
5.1.1 ডায়রিয়া	1	2
5.1.2 কাশি	1	2
5.1.3 জ্বর	1	2
5.1.4 দানা	1	2
5.1.5 আঘাত	1	2
5.1.6 অজ্ঞান হওয়া	1	2
5.1.7 খিচুনি হওয়া	1	2
5.1.8 ঘাড় শক্ত হয়ে যাওয়া	1	2
5.1.9 ধনুষ্টংকার	1	2
5.1.10 হাম	1	2
5.1.11 পুষ্টিহীনতা	1	2
5.1.13 শ্বাস কষ্ট	1	2
5.1.14 দ্রুত শ্বাস	1	2
5.1.15 প্রসবকালীন জটিলতা	1	2
5.1.16 জন্মগত ক্রটি	1	2
5.1.17 একের অধিক বাচ্চার জন্ম	1	2
5.1.18 খুবই ছোট বাচ্চার জন্ম	1	2
5.1.19 খুবই রুগ্ন (পাতলা বা হেংলা) বাচ্চার জন্ম	1	2
5.1.20 পূর্ণ সময়ের পূর্বে জন্ম	1	2
5.1.21 নিউমোনিয়া	1	2
5.1.22 দুর্ঘটনা	1	2
5.1.23 ম্যালেরিয়া	1	2
5.1.24 জন্মস	1	2
5.1.25 অন্যান্য(লিখুন) _____		

5.2 রোগটি (নাম) এর মৃত্যুর কতদিন আগে আপনার কাছে প্রথম ধরা পড়েছিল? (28 দিন বা বেশী হলে মাস হিসাবে লিখুন)

1. দিন 2. মাস 3. জানি না ... 98

24 ঘন্টার কম হলে দিনের ঘরে 00 লিখুন

5.3 মারা যাওয়ার আগে (নাম) কোন চিকিৎসা নিয়েছিল কিনা?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা



(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 6 নং Section-এ যান)

5.3.1 (যদি হ্যাঁ হয় তবে জিজ্ঞেস করুন) কোথা বা কার কাছ থেকে চিকিৎসা নিয়েছিল? (সব উত্তর লিখুন)

	হ্যাঁ	না
পল্লী চিকিৎসক/কবিরাজ/হাতুড়ে ডাক্তার	1	2
ঈমাম	1	2
সরকারী হাসপাতাল	1	2
সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্র	1	2
স্বাস্থ্য কর্মী	1	2
বেসরকারী চিকিৎসক	1	2
ফার্মেসী /ঔষধ বিক্রেতা	1	2
অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী	1	2
বন্ধু-বান্ধব ও আত্মীয়স্বজন (যারা বাড়ীর বাহিরে থাকেন)	1	2

5.3.2 (নাম) মারা যাওয়ার কত দিন আগে শেষ চিকিৎসা নিয়েছিল? |___|___| দিন

(24 ঘন্টার কম হলে দিনের ঘরে 00 লিখুন)

SECTION -7: AGE DETERMINATION AND RECONFIRMATION

7.1 4.1 নং প্রশ্ন থেকে (নাম) এর জন্ম তারিখ লিখুন। / /
দিন মাস বছর

4.2 নং প্রশ্ন থেকে (নাম) এর মৃত্যু তারিখ লিখুন। / /
দিন মাস বছর

7.2 সাক্ষাৎকার গ্রহনকারীঃ শিশুটির মৃত্যুর সময় বয়স কত ছিল তা বের করুন। / /
দিন মাস বছর

(উত্তর দাতাকে বলুন) আমি হিসাব করে দেখলাম মৃত্যুর সময় (নাম) এর বয়স— দিন/মাস / বছর, তা কি ঠিক?

উত্তরদাতা যদি বলে যে বাচচার মৃত্যুর সময়ের বয়স ঠিক নয়, তবে পুনরায় বাচচার জন্ম এবং মৃত্যুর তারিখ পরীক্ষা কাঁন। তারপর এখানে এবং 4 নং Section- এ প্রয়োজনীয় সংশোধন করুন

7.3 যদি বয়সের গরমিল দূর করা সম্ভব না হয় তবে জিজ্ঞেস করুন
(নাম) এর মৃত্যুর সময় বয়স কত ছিল?

1. 28 দিনের নিচে
2. 28 বা তার বেশী

7.3A যদি (নাম) দুর্ঘটনা অথবা আঘাত এর 24 ঘন্টার মধ্যে মারা যায় তবে 10 no section- এ (Treatment and records) যান

1. হ্যাঁ
2. না

7.3B (নাম) এর বয়স মৃত্যুর সময় 28 দিনের কম হলে 8 no section-এ (Neonatal death) যান

1. হ্যাঁ
2. না

7.3C (নাম) এর বয়স মৃত্যুর সময় 28 দিন বা বেশী হলে 9 no section-এ (Post neonatal death) যান

1. হ্যাঁ
2. না

SECTION-8: NEONATAL DEATHS

8.1 (নাম) কি জন্মজ বাচ্চা ছিল, অর্থাৎ (নাম) এর সঙ্গে কি আরও বাচ্চার জন্ম হয়েছিল?

1. একক
2. দুই বা ততোধিক

8.1A (নাম) কোথায় জন্ম গ্রহন করেছিল?

1. বাড়ী
2. স্বাস্থ্যকেন্দ্র
3. ক্লিনিক
4. হাসপাতাল
5. অন্যান্য (লিখুন) _____ | |

8.1B (নাম) কার কাছে জন্ম নিয়েছিল?

1. ডাক্তার
2. নার্স
3. ষড়ঠ
4. প্রশিক্ষন প্রাপ্ত দাই
5. প্রশিক্ষন ছাড়া দাই
6. আত্মীয়
7. অন্যান্য (লিখুন) _____ | |

8.2 (নাম) এর জন্ম কি সময়ের পূর্বে, ঠিক সময় অথবা দেরীতে হয়েছিল?

1. সময়ে পূর্বে
2. ঠিক সময়
3. দেরীতে
4. জানিনা

8.3 গর্ভাবস্থায় অথবা প্রসবের সময় কোন জটিলতা হয়েছিল কি?

1. হ্যাঁ

2. না

3. জানি না



(যদি না অথবা জানি না হয় তবে 8.4 নম্বর প্রশ্নে যান)

8.3.1 (যদি হ্যাঁ হয় জিজ্ঞেস করুন) গর্ভকালীন ও প্রসবের সময় কি কি জটিলতা দেখা দিয়েছিল?

উত্তর দাতা উত্তর দেওয়ার পর সাথে সাথে জিজ্ঞেস করুন (আর কিছু আছে কি?)

এভাবে জিজ্ঞেস করুন, যতক্ষণ না উত্তর দাতা বলে যে আর কিছু নেই। (সব উত্তর লিপিবদ্ধ করুন)

1. মায়ের খিচুনি ছিল

2. বাঁচার পা আগে এসেছিল

3. অস্বাভাবিক রক্ত যেতে ছিল

4. জরুরী সি-সেকশন (অপারেশন)

5. ফরসেপস

6. একের অধিক সন্তান প্রসব

7. অন্যান্য (লিখুন) _____ | |

8.3.2 শিশুর মায়ের কি কোন পুরাতন অসুখ ছিল?

হ্যাঁ না

ব্লাড প্রেসার

1 2

ডায়াবেটিস

1 2

জন্ডিস

1 2

অন্যান্য (লিখুন) _____ | |

8.3.3 মা যখন গর্ভবর্তী ছিল তখন কি ব্লাড প্রেসার বেড়ে গিয়েছিল?

1. হ্যাঁ

2. না

3. জানি না

8.3.4 গর্ভাবস্থায় মায়ের কি হাত, পা ফুলে গিয়েছিল?

1. হ্যাঁ

2. না

3. জানি না

8.4 যখন (নাম) এর জন্ম হয় তখন আপনি/ শিশুটির মা কতমাসের গর্ভবর্তী ছিলেন?

মাস: | |

8.5 পানি কখন ভেঙ্গে ছিল, প্রসব শুরু হওয়ার আগে না কি প্রসবের সময় ?

1. প্রসবের আগে 2. প্রসবের সময় 3. পানি ভাঙ্গে নাই 4. জানি না



(যদি 2/3/4 হয়, তবে 8.6 নম্বর প্রশ্নে যান)

8.5.1 (যদি প্রসবের আগে পানি ভেঙ্গে থাকে তবে জিজ্ঞেস করুন) প্রসবের কতক্ষণ আগে পানি ভেঙ্গে ছিল?

1. 1 দিনের কম সময়
2. 1 দিন বা তার বেশী সময়

8.6 প্রসব ব্যাথা শুরু হওয়া থেকে বাচা হওয়া পর্যন্ত সব মিলিয়ে কত সময় লেগেছিল ?

(যখন পরপর দুইবার ব্যাথার মাঝখানের সময় 10 মিনিটের কম হয় তখন প্রসব শুরু হয়েছে বলে ধরতে হয়)

□□□ ঘন্টা

8.7 জন্মের সময় (নাম) এর শরীরে কোন আঘাতের দাগ ছিল কি ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানি না

8.8 তার জন্মের সময় শরীরে বা অঙ্গ প্রত্যঙ্গে কোন দোষত্রুটি/খুঁত ছিল কি ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানি না



(যদি না অথবা জানি না হয় তবে 8.9 প্রশ্নে যান)

8.8.1 (যদি হ্যাঁ হয়) জিজ্ঞেস করুন কোথায় দোষত্রুটি ছিল

উত্তর দাতা উত্তর দেওয়ার সাথে সাথে জিজ্ঞেস করুন এগুলো ছাড়া অন্য কোথাও

দোষত্রুটি ছিল কিনা? এভাবেই জিজ্ঞেস করুন, যতক্ষণ না উত্তর দাতা বলে যে, আর কোথাও নেই।

1. মাথা
2. শরীর/দেহ
3. বাহু/হাত
4. পা/পায়ের আঙ্গুল

8.8.2 কি ধরনের প্রসব হয়েছিল?

১. স্বাভাবিক
২. ফরসেসপস
৩. সি-সেকশন

8.9 (নাম) জন্মের সময় কি স্বাভাবিক আকৃতির চাইতে বড় ছিল, না স্বাভাবিক ছিল, নাকি সামান্য ছোট ছিল, না খুবই ছোট ছিল?

1. স্বাভাবিকের চাইতে খুবই ছোট
2. স্বাভাবিকের একটু ছোট
3. স্বাভাবিক
4. স্বাভাবিকের চেয়ে বড়

8.10 জন্মের প্রথম দিন (নাম) কি স্বাভাবিক শ্বাস-প্রশ্বাস নিয়েছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

8.11 সর্ব প্রথম যখন (নাম) কে বুকের দুধ বা বোতলের দুধ দেওয়া হয়, তখন সে কি স্বাভাবিক ভাবে দুধ চুষে ছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

8.12 (নাম) কি স্বাভাবিক ভাবে দুধ চুষা বন্ধ করেছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা



(যদি না অথবা জানি না হয় তবে 8.13 প্রশ্নে যান)

8.12.1 (যদি হ্যাঁ হয়, তবে জিজ্ঞেস করুন) (নাম) মৃত্যুর কতক্ষণ আগে দুধ চুষা বন্ধ করেছিল?

1. 1 দিনের কম
2. 1 দিন অথবা তার বেশী
3. জানিনা

8.12.2 (নাম) জন্মের কতক্ষণ পর দুধ চুষা বন্ধ করেছিল?

1. |__|__| ঘন্টা

2. |__|__| দিন

8.13 জন্মের পর (নাম) কি স্বাভাবিক ভাবে কান্নাকাটি করেছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

8.14 (নাম) কি শেষ অসুখের সময় কান্না কাটি বন্ধ করে দিয়েছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
↓
(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 8.15 নং প্রশ্নে যান)

8.14.1 (যদি হ্যাঁ হয়- তবে জিজ্ঞেস করুন) মৃত্যুর কতক্ষণ আগে কান্না-কাটি বন্ধ করেছিল?

1. 1 দিনের কম
2. 1 দিন অথবা তার বেশী

8.15 (নাম) যে অসুখে মারা যায় সেই সময় কি তার খিঁচুনী হয়েছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.16 (নাম) যে অসুখে মারা যায় সেই সময় কি সে দুর্বল, নিস্তেজ, অজ্ঞান বা বিমিয়ে পড়েছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.17 (নাম) যে অসুখে মারা যায় সেই সময় মাথার তালু ফুলে গিয়েছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.18 (নাম) যে অসুখে মারা যায় তা কি- ধনুষ্টংকার ছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.19 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় তার চোখ গুলো কি হলুদ হয়ে গিয়েছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.20 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার নাভীর কোন অংশ লাল হয়েছিল অথবা নাভি থেকে পানি বা পুজের মত বাহির হয়েছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.21 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার চামড়ার কোন জায়গা লাল এবং গরম ছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.22 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার চামড়ায় পুঁজসহ গোটা ছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.23 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার জ্বর হয়েছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা



(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 8.24 নং প্রশ্নে যান)

8.23.1 মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে জ্বর শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম-----8.24 নং প্রশ্নে যান
2. দিন | |
3. জানিনা

8.23.2 মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত এই জ্বর ছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
(যদি হ্যাঁ অথবা জানিনা হয় তবে 8.24 নং প্রশ্নে যান)

8.23.3 মারা যাওয়ার কত দিন আগে এই জ্বর বন্ধ হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম
2. দিন | |
3. জানিনা

8.24 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার বারবার পাতলা বা পানির মতো পায়খানা বা ডায়রিয়া ছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা



(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 8.26 নং প্রশ্নে যান)

8.24.1 মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে (নাম) এর পাতলা/পানির মত পায়খানা শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম -----8.25.2 নং প্রশ্নে যান
2. দিন | | |
3. জানিনা

8.24.2 মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত পাতলা/পানির মত পায়খানা ছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
(যদি হ্যাঁ অথবা জানিনা হয় তবে 8.25.2 নং প্রশ্নে যান)

8.24.3 মারা যাওয়ার কত দিন আগে পাতলা/পানির মত পায়খানা বন্ধ হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম
2. দিন | | |
3. জানিনা

8.25.2 আপনি কি মনে করেন বাচ্চর এই বারবার পাতলা পায়খানা স্বাভাবিকের চেয়ে বেশী পাতলা বা বেশী বার ছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.25.2A মারা যাওয়ার আগের এক সপ্তাহের মধ্যে (নাম) যে দিন সবচেয়ে বেশী বার পায়খানা করে ছিল সে দিন 24 ঘন্টায় কতবার পাতলা বা পানির মত পায়খানা করেছিল?

1. বার-----|_|_|
2. জানিনা-----98

8.25.3 পাতলা পায়খানার সাথে কি রক্ত ছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.25.4 পাতলা পায়খানার সময় বাচ্চা কি তরল খাবার বা ঘরে বানান স্যালাইন খেত কি ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.25.5 পাতলা পায়খানার সময় (নাম) এর মুখ এবং জিহবা শুকিয়ে গিয়েছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.25.6 পাতলা পায়খানার সময় (নাম) এর চোখ গুলি ভিতরে বসে গিয়েছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.25.7 পাতলা পায়খানার সময় (নাম) এর চামড়া টিলা হয়ে গিয়েছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.26 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার কাশি ছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা



(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 8.27 নং প্রশ্নে যান)

8.26.1 মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে কাশি শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম -----8.27 নং প্রশ্নে যান
2. দিন |_|_|
3. জানিনা

8.26.2 কাশি কি মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত ছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

8.26.3 মারা যাওয়ার কত দিন আগে কাশি বন্ধ হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম
2. দিন |____|____|
3. জানিনা

8.26.4 কাশি কেমন ছিল?

1. গুরুতর
2. মোটামুটি
3. অল্প
4. জানিনা

8.27 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার শ্বাসকষ্ট ছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা



(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 8.28 নং প্রশ্নে যান)

8.27.1 মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে তার শ্বাসকষ্ট শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম-- 8.28 নং প্রশ্নে যান
2. দিন |____|____|
3. জানিনা

8.27.2 শ্বাসকষ্ট কি মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত ছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

(যদি হ্যাঁ অথবা জানিনা হয় তবে 8.28 নং প্রশ্নে যান)

8.27.3 মারা যাওয়ার কত দিন আগে শ্বাসকষ্ট বন্ধ হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম
2. দিন |____|____|
3. জানিনা

8.28 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি সে ঘন ঘন বা দ্রুত শ্বাস টানতো?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা



(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 8.29 নং প্রশ্নে যান)

8.28.1 মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে ঘন ঘন শ্বাস বা দ্রুত শ্বাস শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম ----8.29 নং প্রশ্নে যান
2. দিন ----- |____|____|
3. জানিনা

8.28.2 ঘন ঘন শ্বাস টান বা দ্রুত শ্বাস কি মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত ছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

(যদি হ্যাঁ অথবা জানিনা হয় তবে 8.29 নং প্রশ্নে যান)

8.28.3 মারা যাওয়ার কত দিন আগে ঘন ঘন শ্বাস বা দ্রুত শ্বাস বন্ধ হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম
2. দিন -----
3. জানিনা

8.29 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি কখনও শ্বাস অনেকক্ষন ধরে বন্ধ ছিল এবং পরে আবার শুরু হয়েছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

8.30 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার বুকের খাচার নিচের অংশ ডেবে যেত ?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

8.31 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি শ্বাস নিতে শব্দ হত ?

(প্রশ্ন করার সময় আপনি শব্দ করে শোনান এবং দেখান)

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা



(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 8.32 নং প্রশ্নে যান)

8.31.1 (নাম) Gর শ্বাস নেয়ার সময় ঘর ঘর শব্দ হতো কি? (শ্বাস নেওয়ার সময়ে জোরে জোরে শব্দ হওয়া/নিশ্বাস টানার সময় শব্দ হওয়া)।

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

8.31.2 (নাম) ঘোঁত ঘোঁত শব্দ করতো কি? (নিশ্বাস ছাড়ার সময় শব্দ হওয়া)

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

8.31.3 (নাম) সাঁ সাঁ করে নিশ্বাস ফেলতো কি? (যেমন উচ্চস্বরে নিশ্বাস ফেলা/হাঁপানী রোগী নিশ্বাস ছাড়ার সময় যে ধরনের শব্দ করে)

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

8.32 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় শ্বাস নেওয়ার সময় (নাম) এর নাকের পাতা নড়াচড়া করত বা ফুলে উঠতো কি?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

8.33 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার “নিউমোনিয়া” ছিল ?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

GO TO SECTION 10

SECTION -9: POST-NEONATAL DEATHS

9.1 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার জ্বর হয়েছিল?

1. হ্যাঁ
 2. না
 3. জানিনা
- ↓
(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 9.2 নং প্রশ্নে যান)

9.1.1 মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে জ্বর শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম ----- 9.2 নং প্রশ্নে যান
2. দিন ----- | |
3. জানিনা

9.1.2 মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত এই জ্বর ছিল কি?

1. হ্যাঁ
 2. না
 3. জানিনা
- (যদি হ্যাঁ অথবা জানিনা হয় তবে 9.2 নং প্রশ্নে যান)

9.1.3 মারা যাওয়ার কত দিন আগে এই জ্বর বন্ধ হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম
2. দিন ----- | |
3. জানিনা

9.2 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার বারবার পাতলা বা পানির মতো পায়খানা বা ডায়রিয়া ছিল?

1. হ্যাঁ
 2. না
 3. জানিনা
- ↓
(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 9.4 নং প্রশ্নে যান)

9.2.1 মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে (নাম) এর পাতলা/পানির মত পায়খানা শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম -----9.2.4 নং প্রশ্নে যান
2. দিন | |
3. জানিনা

9.2.2 মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত পাতলা/পানির মত পায়খানা ছিল কি?

1. হ্যাঁ
 2. না
 3. জানিনা
- (যদি হ্যাঁ অথবা জানিনা হয় তবে 9.2.4 নং প্রশ্নে যান)

9.2.3 মারা যাওয়ার কত দিন আগে পাতলা/পানির মত পায়খানা বন্ধ হয়েছিল?

1. ২৪ ঘন্টার কম
2. দিন |____|____|
3. জানিনা

9.2.4 আপনি কি মনে করেন বাচচার এই বারবার পাতলা পায়খানা স্বাভাবিকের চেয়ে বেশী পাতলা বা বেশী বার ছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

9.2.5 মারা যাওয়ার আগের এক সপ্তাহের মধ্যে (নাম) যে দিন সবচেয়ে বেশী বার পাতলা পায়খানা করে ছিল, সে দিন 24 ঘন্টায় কতবার পাতলা বা পানির মত পায়খানা করেছিল?

1. বার-----|____|____|
2. জানিনা ----- 98

9.3.2 পাতলা পায়খানার সাথে কি রক্ত ছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

9.3.3 পাতলা পায়খানার সময় বাচচা কি তরল খাবার বা স্যালাইন পান করত?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

9.3.4 পাতলা পায়খানার সময় (নাম) এর মুখ এবং জিহবা শুকিয়ে গিয়েছিল কি?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

9.3.5 পাতলা পায়খানার সময় (নাম) এর চোখ গুলি ভিতরে বসে গিয়েছিল কি?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

9.3.6 পাতলা পায়খানার সময় (নাম) এর চামড়া টিলা হয়ে গিয়েছিল কি?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

9.4 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার কাশি ছিল?

1. হ্যাঁ
2. না
3. জানিনা

(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 9.5 নং প্রশ্নে যান)



9.4.1A মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে কাশি শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম -----9.5 নং প্রশ্নে যান
2. দিন |____|____|
3. জানিনা

9.4.1B কাশি কি মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত ছিল?

1. হ্যাঁ
 2. না
 3. জানিনা
- (যদি হ্যাঁ অথবা জানিনা হয় তবে 9.5 নং প্রশ্নে যান)

9.4.1C মারা যাওয়ার কত দিন আগে কাশি বন্ধ হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম
2. দিন
3. জানিনা

9.4.2 কাশি কেমন ছিল?

1. গুরুতর
2. মোটামুটি
3. অল্প
4. জানিনা

9.5 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার শ্বাসকষ্ট ছিল?

1. হ্যাঁ
 2. না
 3. জানিনা
- ↓
(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 9.6 নং প্রশ্নে যান)

9.5.1A মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে তার শ্বাসকষ্ট শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম-- 9.6 নং প্রশ্নে যান
2. দিন
3. জানিনা

9.5.1B শ্বাসকষ্ট কি মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত ছিল?

1. হ্যাঁ
 2. না
 3. জানিনা
- (যদি হ্যাঁ অথবা জানিনা হয় তবে 9.6 নং প্রশ্নে যান)

9.5.1C মারা যাওয়ার কত দিন আগে শ্বাসকষ্ট বন্ধ হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম
2. দিন
3. জানিনা

9.6 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি সে ঘন ঘন বা দ্রুত শ্বাস টানতো?

1. হ্যাঁ
 2. না
 3. জানিনা
- ↓
(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 9.7 নং প্রশ্নে যান)

9.6.1A মারা যাওয়ার কত দিন আগে থেকে ঘন ঘন শ্বাস বা দ্রুত শ্বাস শুরু হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম ----9.7 নং প্রশ্নে যান
2. দিন -----
3. জানিনা

9.6.1B ঘন ঘন শ্বাস বা দ্রুত শ্বাস কি মারা যাওয়ার আগ পর্যন্ত ছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
(যদি হ্যাঁ অথবা জানিনা হয় তবে 9.7 নং প্রশ্নে যান)

9.6.1C মারা যাওয়ার কত দিন আগে ঘন ঘন শ্বাস বা দ্রুত শ্বাস বন্ধ হয়েছিল?

1. 24 ঘন্টার কম -----00
2. দিন ----- |__|__|
3. জানিনা

9.7 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার বুকের খাচার নিচের অংশ ডেবে যেত ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.8 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি শ্বাস নিতে শব্দ হত ?

(প্রশ্ন করার সময় আপনি শব্দ করে শোনান এবং দেখান)

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা



(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 9.9 নং প্রশ্নে যান)

9.8.1 (নাম) এর শ্বাস নেয়ার সময় ঘর ঘর শব্দ হতো কি? (শ্বাস নেওয়ার কালে (সময়ে) জোরে জোরে শব্দ হওয়া/নিশ্বাস টানার সময় শব্দ হওয়া)।

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.8.2 (নাম) ঘোত ঘোত শব্দ করতো কি? (নিশ্বাস ছাড়ার সময় শব্দ হওয়া)

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.8.3 (নাম) সাঁ সাঁ করে নিশ্বাস ফেলতো কি? (যেমন উচ্চস্বরে নিশ্বাস ফেলা/হাঁপানী রোগী নিশ্বাস ছাড়ার সময় যে ধরনের শব্দ করে)

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.9 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি শ্বাস নেওয়ার সময় (নাম) এর নাকের পাতা নড়াচড়া করত বা ফুলে উঠতো ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.10 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কি তার “নিউমোনিয়া” ছিল ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.11 (নাম) যে অসুখে মারা যায় সেই সময় কি তার খিঁচুনী হয়েছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.12 (নাম) যে অসুখে মারা যায় সেই সময় কি সে অচেতন / অজ্ঞান হয়ে গিয়েছিলো ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.13 (নাম) যে অসুখে মারা যায় সেই সময় কখনও কি সে আঙ্গুল দিয়ে কিছু আঁকড়ে ধরা বন্ধ করেছিল ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 9.14 নং প্রশ্নে যান)

9.13.1 (যদি হ্যাঁ হয়) তবে মারা যাওয়ার কতক্ষণ আগে সে আঙ্গুল দিয়ে আঁকড়ে ধরতে পারত না

1. 12 ঘন্টার কম সময়
2. 12 ঘন্টা অথবা তার বেশী

9.14 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় কথার শব্দে তাকাত কিনা ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.15 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় তার চোখ দিয়ে আশেপাশের নড়াচড়া অনুসরণ করা বন্ধ হয়ে গিয়েছিলো কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.15.1 (যদি হ্যাঁ হয়) তবে জিজ্ঞাসা করুন, মৃত্যুর কতক্ষণ আগে তার অনুসরণ করা বন্ধ হয়ে গিয়েছিলো

1. 12 ঘন্টার কম সময়
2. 12 ঘন্টা অথবা তার বেশী

9.16 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় তার ঘাড় শক্ত হয়েছিলো কি ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.17 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় তার মাথার তালু ফুলে উঠেছিলো কি ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.18 মারা যাওয়ার আগের তিন মাস সময়ের মধ্যে (নাম) এর চামড়ায় বিশেষ করে মুখে ও শরীরে ছোট ছোট লালচে দানা উঠেছিলো কি ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 9.19 নং প্রশ্নে যান)

9.18.1 (যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে জিজ্ঞাসা করুন) বাচ্চার সমস্ত শরীরে ছোট ছোট লালচে দানা উঠেছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.18.2 (নাম) এর মুখেও ছোট ছোট লালচে দানা উঠেছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.18.3 এসব দানা কত দিন ছিল? |____|____| দিন

9.18.4 এসব দানার ভিতর পানি ছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.18.5 (নাম) ছোট ছোট লালচে দানা উঠার পর চামড়ায় ফাঁটা দেখা দিয়েছিল কি ?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.18.6 (নাম) এর অসুখের নাম হাম/লুনতি ছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.18.7 যে সময়ে এই দানা হয়েছিল, সেই একই সময়ে (নাম) এর জ্বর হয়েছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.18.8 দানা অসুখের সময়ে (নাম) এর শুকনা কাশি ছিল কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.18.9 দানা অসুখের সময়ে (নাম) এর চোখ লাল হয়ে গিয়েছিল কি বা চোখ দিয়ে পানি পড়তো কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.18.10 দানা অসুখের সময়ে (নাম) এর নাক দিয়ে পানি ঝরতো কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.19 যে অসুখে (নাম) মারা যায় সেই অসুখ শুরু হওয়ার সময় আপনার মতে, সে কি খুবই হেংলা হয়েছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

9.20 (নাম) এর পা বা পায়ের পাতা কি ফুলে গিয়েছিল?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা



(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 9.21 নং প্রশ্নে যান)

9.20.1 যদি হ্যাঁ হয় তবে কত দিন ফুলা ছিল? |____|____| দিন

- 9.21 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় (নাম) এর শরীরের জায়গায় জায়গায় চামড়া উঠে গিয়েছিল কি?
1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
- 9.22 (নাম) এর চুল কি লালচে অথবা হলদেটে হয়েছিলো?
1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
- 9.25 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় তার ফ্যাকাশে/রক্ত শূন্যতা হয়েছিল কি?
1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
- 9.26 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় (নাম) এর হাতের তালু ফ্যাকাশে অর্থাৎ খুব সাদা হয়েছিল কি?
1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
- 9.27 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় (নাম) এর নখগুলো সাদা হয়েছিল কি?
1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
- 9.28 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় (নাম) এর বগলে কোন ফোঁলা ছিল কি?
1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
- 9.29 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় (নাম) এর কুঁচকীতে কোন ফোঁলা ছিল কি?
1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা
- 9.30 (নাম) যে অসুখে মারা যায়, সেই সময় (নাম) এর মুখের ভিতর বা জিহ্বায় সাদা সাদা দানা উঠেছিল কি?
1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

SECTION -10: TREATMENT AND RECORDS

10.1 মারা যাওয়ার আগে (নাম) নিম্নলিখিত চিকিৎসা গুলি নিয়েছিল কি?

10.1.1 এন্টিবায়োটিক 1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

10.1.2 ক্লোরোকুইন 1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

10.1.3 প্যারাসিটামল 1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

10.2 আপনার কাছে বাম্বর কোন স্বাস্থ্য কার্ড আছে কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 10.5 নং প্রশ্নে যান)

10.2.1 (যদি হ্যাঁ হয় জিজ্ঞাসা করুন) আমি স্বাস্থ্য কার্ডটি দেখতে পারি কি?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে 10.5 নং প্রশ্নে যান)

(যদি উত্তর দাতা আপনাকে স্বাস্থ্য কার্ড দেখাতে রাজি হয়, তবে মৃত্যুর আগের 12 মাসের সবকিছু লিখে আনুন)

10.3 ওজন (শেষের দুইটি)

10.3.1 শেষের দুইবার ওজনের তারিখ এবং ওজন লিখুন

1. |__|__|__| (দিন/মাস/বছর) 2. কিলোগ্রাম |__|__|.|__|

2. |__|__|__| (দিন/মাস/বছর) 2. কিলোগ্রাম |__|__|.|__|

10.4 চিকিৎসা বিবরণ :

10.4.1 সর্বশেষ চিকিৎসার তারিখ লিখুন |__|__|__| (দিন/মাস/বছর)

10.4.2 নোট দেখে বিস্তারিতভাবে লিখুন

10.5 (নাম) এর কি কোন ডেথ সার্টিফিকেট আছে?

1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা

(যদি না অথবা জানিনা হয় তবে প্রশ্ন করা শেষ করুন)

ডেথ সার্টিফিকেট দেখাতে বলুন এবং আপনি যদি দেখতে পারেন তবে তা লিখুন

10.5.1 (যদি হ্যাঁ হয়) তবে খানার কেউ কি ডেথ সার্টিফিকেট দেখাতে সক্ষম?

1. হ্যাঁ 2. না

(যদি না হয় তবে প্রশ্ন করা শেষ করুন)

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীঃ সার্টিফিকেট দেখাতে বলুন। সার্টিফিকেটে উল্লেখিত রেজিস্ট্রেশনের তারিখ লিপিবদ্ধ করুন।

_____/_____/_____
দিন মাস বছর

10.6 সার্টিফিকেট থেকে মৃত্যুর প্রত্যক্ষ কারণটি লিপিবদ্ধ করুন। _____

10.6.1 সার্টিফিকেট থেকে মৃত্যুর প্রথম কারণটি লিপিবদ্ধ করুন। _____

10.6.2 সার্টিফিকেট থেকে মৃত্যুর দ্বিতীয় কারণটি লিপিবদ্ধ করুন। _____

10.6.3 সার্টিফিকেট থেকে মৃত্যুর তৃতীয় কারণটি লিপিবদ্ধ করুন। _____

10.6.4 সার্টিফিকেটে বর্ণিত মৃত্যুর কন্ট্রিবিউটিং কারণ সমূহ লিপিবদ্ধ করুন। _____

Verbal Autopsy শেষ হওয়ার সময়।

____|____| ঘন্টা ____|____| মিনিট

International Center for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh

Matlab IMCI Evaluation Study
SOCIAL AUTOPSY INSTRUMENT
FACE SHEET
(To be completed in office)

BACKGROUND INFORMATION ON CHILD AND HOUSEHOLD

UNION NAME / CODE _____ [][]

VILLAGE NAME / CODE _____ [][][]

BARI NAME / CODE _____ [][][]

HOUSEHOLD NO. [][][][]

NAME OF HOUSEHOLD HEAD _____

NAME OF CHILD'S MOTHER _____ MOTHER'S I.D. [][]

NAME OF CHILD _____ CHILD'S I.D. [][]

SEX OF CHILD 1. MALE 2. FEMALE

CHILD'S DATE OF BIRTH (day/ month/ year) _____

CHILD'S DATE OF DEATH (day/ month/ year) _____

সাক্ষাৎকার শুরু করার সময় : [][] ঘন্টা [][] মিনিট

BACKGROUND INFORMATION ABOUT THE INTERVIEW

INTERVIEWER'S NAME _____

INTERVIEWER'S IDENTIFICATION NUMBER [][][]

Revised : August 11, 2001

International Center for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh

Matlab IMCI Evaluation Study

SOCIAL AUTOPSY INSTRUMENT

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
S01	(নাম) এর শেষ অসুখ শুরু হওয়ার কতক্ষণ পর আপনি বুঝতে পেরেছিলেন যে তার একটা সমস্যা হচ্ছে?	ঘন্টা পর 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> দিন পর 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> মাস পর 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> সাথে সাথে 000 জানি না 998 → S44 সাথে সাথে মারা গিয়েছিল 995 → S44	
S02	আপনার মতে (নাম) এর অসুখ কি সামান্য ছিল, না মোটামুটি ছিল, নাকি মারাত্মক ছিল?	সামান্য ছিল 1 মোটামুটি ছিল 2 মারাত্মক ছিল 3 অন্যান্য <input type="checkbox"/> জানিনা 8	
S03	(নাম) এর এই সমস্যার জন্য কোন চিকিৎসা করা হয়েছিল কি?	হ্যাঁ 1 না 2 → S06 জানিনা 8 → S06	
S04	কার কাছে চিকিৎসা করেছিলেন? আরও কার কাছে?	সরকারী স্বাস্থ্যকর্মী : পাশ করা ডাক্তার (MBBS) A নার্স/ ধাত্রী (মিড ওয়াইফ)/প্যারামেডিক ... B পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা (FWV)..... C MA/SACMO D স্বাস্থ্য সহকারী (HA) E পরিবার কল্যাণ সহকারী (FWA) F অন্যান্য সেবাদানকারী : বেসরকারী পাশ করা ডাক্তার (MBBS)... G এন,জি,ও স্বাস্থ্যকর্মী..... H দাই/কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার..... I ঝাড়-ফুক চিকিৎসক / ঈমাম J কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা K ফার্মেসী/এ্যালোপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা L হাতুড়ে/ঘামা চিকিৎসক M আত্মীয়/বন্ধু-বান্ধব (বাড়ীর বাইরে) O অন্যান্য X	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
S05	কোথায় চিকিৎসা করেছিলেন? আরও কোথায়?	বাড়ী A সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল B উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র C মাতৃসদন (MCWC) D ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) E স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট ... F কমিউনিটি ক্লিনিক G এনজিও সেন্টার : এনজিও ক্লিনিক /Sub-center..... H এনজিও হাসপাতাল I এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক J প্রাইভেট সেন্টার : হাসপাতাল K ক্লিনিক L চেম্বার M অন্যান্য X	S09
S06	কেন (নাম) এর কোন চিকিৎসা করানো হয়নি? আরও কোন কারণে?	চিকিৎসার প্রয়োজন ছিল না A অভ্যুত্ব নই B ব্যয়বহুল C টাকা পয়সার অভাব D অনেক দূরে E যাতায়াতের অসুবিধা F সঙ্গীর অভাব G ভালো চিকিৎসা পাওয়া যায়না H পরিবারের অনুমতি ছিল না I বাড়ীর সেবাই ভালো J কিভাবে যেতে হবে জানতাম না K সাহায্য/সেবা নেয়ার সময় ছিল না L কোথায় যেতে হবে জানতাম না M চিকিৎসা কেন্দ্রে নেয়ার পথে মারা গিয়েছিল ... N অবস্থা গুরুতর বুঝতে পারিনি W অন্যান্য..... X জানিনা/নিশ্চিত না Z	→ S08 → S08 → S08 → S08 → S08 → S08 → S08 → S08 → S08 → S08 → S44 → S44 → S09 → S44 → S08
S07	অন্য কারণ নির্দিষ্ট করে বলুন _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
S08	(নাম) এর কোন চিকিৎসা করাতে হবে না সে ব্যাপারে কে / কারা সিদ্ধান্ত নিয়েছিল?	মা/বাবা A দাদা/দাদী B ভাই/বোন C পরিবারের অন্যান্য সদস্য D আত্মীয় E বন্ধু/প্রতিবেশী F মাঠকর্মী G অন্যান্য X কেউ না Y জানিনা/নিশ্চিত না Z	S44
S09	(নাম) এর চিকিৎসা করাতে হবে সে ব্যাপারে কে / কারা সিদ্ধান্ত নিয়েছিল?	মা/বাবা A দাদা/দাদী B ভাই/বোন C পরিবারের অন্যান্য সদস্য D আত্মীয় E বন্ধু/প্রতিবেশী F মাঠকর্মী G অন্যান্য X কেউ না Y জানিনা/নিশ্চিত না Z	
S10	কোন উপসর্গ দেখার পর আপনি/ আপনারা (নাম) - এর চিকিৎসা নিতে সিদ্ধান্ত নিয়েছিলেন? বিস্তারিত লিখুন।	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
S11	অসুখ/সমস্যা শনাক্ত করার কতক্ষণ পর (নাম) এর চিকিৎসা করতে হবে সেই সিদ্ধান্ত নেয়া হয়েছিল? (সাথে সাথে হলে ঘন্টার ঘরে ০০ লিখুন, ১ দিনের কম হলে ঘন্টায়, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	ঘন্টা পর 1 <input type="text"/> দিন পর 2 <input type="text"/> মাস পর 3 <input type="text"/> জানিনা 998	
S12	সিদ্ধান্ত নেয়ার সাথে সাথেই (নাম)এর চিকিৎসার জন্য চেষ্টা করা হয়েছিল কি?	হ্যাঁ 1 → না, দেরীতে 2 জানি না 8 →	S15
S13	কেন সাথে সাথে চেষ্টা করা হয় নাই?	হাসপাতাল অনেক দূরে A গুরুত্ব বুঝতে পারিনি B টাকা পয়সার অভাব C অন্যান্য X	
S14	সিদ্ধান্ত নেয়ার ঠিক কতক্ষণ পরে চিকিৎসার জন্য চেষ্টা করা হয়েছিল? (এক ঘন্টার কম হলে ০০ লিখুন)	ঘন্টার পর 1 <input type="text"/> দিন পর 2 <input type="text"/> জানি না 98	
S15	প্রশ্ন নং SO6 আবার দেখুন (নাম) কি চিকিৎসা কেন্দ্রে নিয়ে যাওয়ার পথে মারা গিয়েছিল?	প্রশ্ন SO6 -এ শুধুমাত্র কোড করা হয়েছে N 1 → প্রশ্ন SO6 -এ N ছাড়া অন্য কোড - কোড করা হয়েছে 2	D01

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো (প্রশ্ন নং 1S16-1S41) শুধুমাত্র প্রথমবার হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তারখানা/কাউকে বাড়ীতে নিয়ে এসে চিকিৎসা গ্রহণের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1-S16	(নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা <u>প্রথম কোথায়</u> করেছিলেন ?	বাড়ীতে 21 সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট .. 26 কম্যুনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেন্টর ঃ এনজিও ক্লিনিক 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেন্টর ঃ হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেম্বার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিশ্চিত 35	→ 1-S17
1-S16a	বাড়ীতে রেখে (নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা হলে কিভাবে করেছিলেন ?	চিকিৎসা প্রদানকারীকে বাড়ীতে নিয়ে এসে ... 1 চিকিৎসা প্রদানকারীর নিকট থেকে পরামর্শ নিয়ে 2	
1-S17	আপনি অন্য কোথাও না গিয়ে (নাম) কে সেখানে কেন নিয়ে গিয়েছিলেন ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1-S18	আপনার বাড়ী/যে বাড়ীতে ছিলেন সেখান থেকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা কত দূরে? (১ মাইলের কম হলে ০০ লিখুন।)	মাইল <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> উপজেলা/শহরের বাইরে 95 জানিনা 98	
1-S19	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় কিভাবে পিয়েছিলেন?	মটর গাড়ী A বাস B ট্রেন C এম্বুলেন্স D হস্তচালিত নৌকা E যান্ত্রিক নৌযান / লঞ্চ / স্টীমার F ঠেলাগাড়ী/গরুগাড়ী G রিকসা/ড্যানগাড়ী H বেবী টেক্সী/টেম্পু I পায়ে হেঁটে J → অন্যান্য X জানিনা Z →	1-S21 (If Only J) 1-S21

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP								
1-S20	যানবাহন পেতে কি আপনার কোন অসুবিধা হয়েছিল?	খুব 1 মোটামুটি 2 অসুবিধা হয়নি 3 জানি না 8									
1-S21	সেখানে যেতে মোট কত সময় লেগেছিল?	<table border="1"> <tr> <td>ঘন্টা</td> <td>মিনিট</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> জানি না 9998	ঘন্টা	মিনিট	_____	_____					
ঘন্টা	মিনিট										
_____	_____										
1-S22	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় পৌঁছাবার কতক্ষণ পর স্বাস্থ্যকর্মী/ডাক্তার (নাম) কে পরীক্ষা/চিকিৎসা করেছিলেন? (১ ঘন্টার কম হলে মিনিটে লিখুন।)	<table border="1"> <tr> <td>ঘন্টা</td> <td>মিনিট</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> সাথে সাথে 0000 জানি না 9998	ঘন্টা	মিনিট	_____	_____					
ঘন্টা	মিনিট										
_____	_____										
1-S23	কে/ কারা (নাম)-এর চিকিৎসা করেছিল (1-S16 উল্লেখিত স্থানে)?	সরকারী স্বাস্থ্যকর্মী : পাশ করা ডাক্তার (MBBS) A নার্স/ ধাত্রী (মিড ওয়াইফ) প্যারামেডিক ... B পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা (FWV)..... C MA/SACMO D স্বাস্থ্য সহকারী (HA) E পরিবার কল্যাণ সহকারী (FWA) F অন্যান্য সেবাদানকারী : বেসরকারী পাশ করা ডাক্তার (MBBS)... G এন,জি,ও স্বাস্থ্যকর্মী..... H দাই/কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার..... I ঝাড়-ফুক চিকিৎসক / ঈমাম J কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা K ফার্মেসী/এ্যালোপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা L হাতুড়ে/গ্রাম্য চিকিৎসক M আত্মীয়/বন্ধু-বান্ধব (বাড়ীর বাইরে) O অন্যান্য X									
1-S24	(নাম) এর কি কি চিকিৎসা দেওয়া হয়েছিল? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____										
_____	_____										
_____	_____										
_____	_____										
1-S25	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য আপনাকে সেবাপ্রদানকারী কি কিছু করতে বলেছিল?	হ্যাঁ 1 না 2 → 1-S29 জানি না 3 → 1-S29									
1-S26	কি কি করতে বলেছিল ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	<table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
_____	_____										
_____	_____										
_____	_____										
1-S27	আপনাকে যা করতে বলা হয়েছিল আপনি কি তা করতে পেরেছিলেন?	হ্যাঁ 1 → 1-S29 না 2 আংশিক হ্যাঁ / আংশিক না 3									

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1-S28	যদি না বা আংশিক হ্যাঁ/না হয়, তবে কেন পারেন নি ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	 	
1-S29	এখান থেকে চিকিৎসা নেয়ার ফলে (নাম)এর শারিরীক অবস্থার উন্নতি হয়েছিল না-কি একই রকম ছিল, না-কি খারাপ হয়েছিল?	একই রকম ছিল 1 → উন্নতি হয়েছিল 2 → অবস্থা খারাপ হয়েছিল 3 → মারা গিয়েছে 4 জানিনা 8 →	1-S31 1-S31 1-S31 1-S31
1-S30	(নাম) প্রথম চিকিৎসা নেয়ার কতক্ষন পরে মারা গিয়েছিল?	ঘন্টা 1 দিন 2 মাস 3 জানিনা 998	→ 1-S37 → 1-S37 → 1-S37 → 1-S37
1-S31	(নাম)এর চিকিৎসা/পরামর্শের জন্য আপনাকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা থেকে অন্য কোথাও যেতে বলেছিল কি?	হ্যাঁ 1 না 2 জানিনা 8	→ 1-S37 → 1-S37
1-S32	আপনাকে কোথায় যেতে বলেছিল?	সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/হিপিআই Outreach সাইট 26 কমিউনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেন্টার ঃ এনজিও ক্লিনিক /Sub-center..... 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেন্টার ঃ হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেঘার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিশ্চিত 35	
1-S33	হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানায় বা বাড়ীতে চিকিৎসা শুরু হওয়ার (1-S16- এ উল্লেখিত সেবা প্রদানকারী) কতক্ষন পর (নাম) কে _____ (1-S32-তে হাসপাতালে/ ক্লিনিক/ সেবা দানকারী) যেতে বলেছিল? (১ ঘন্টায় কম হলে মিনিটে লিখুন, ১ দিনের কম হলে ঘন্টায়, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	মিনিট 1 ঘন্টা 2 দিন 3 মাস 4 সাথে সাথে 0000 জানিনা 9998	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1-S34	কেন চিকিৎসার জন্য অন্য কোথাও যেতে বলা হয়েছিল?	অপারেশনের যন্ত্র ছিলনা A উন্নত চিকিৎসা পাওয়ার জন্য B ডাক্তার ছিল না C রক্ত/স্যালাইন দেওয়ার ব্যবস্থা ছিল না D সমস্যা সমাধানের সঠিক ব্যবস্থা ছিল না ... E অন্যান্য X জানিনা Z	
1-S35	(নাম)কে চিকিৎসার জন্য যেখানে যেতে বলা হয়েছিল সেখানেই তাকে নিয়ে গিয়েছিলেন কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 জানিনা 8 →	1-S37 1-S37
1-S36	কেন চিকিৎসার জন্য সেখানে নিয়ে যাওয়া হয় নাই ? আরও কোন কারণে ?	চিকিৎসার প্রয়োজন ছিল না A অভ্যুত্ব নই B ব্যয়বহুল C টাকা পয়সার অভাব D অনেক দূরে E যাতায়াতের অসুবিধা F সঙ্গীর অভাব G ভালো চিকিৎসা পাওয়া যায় না H পরিবারের অনুমতি ছিল না I বাড়ীর সেবাই ভালো J কিভাবে যেতে হবে জানতাম না K সাহায্য/সেবা নেয়ার সময় ছিল না L কোথায় যেতে হবে জানতাম না M চিকিৎসা কেন্দ্রে নেয়ার পথে মারা গিয়েছিল... N অবস্থা গুরুতর বুঝতে পারিনি W অন্যান্য X জানিনা/নিশ্চিত না Z	
1-S37	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য কত টাকা খরচ হয়েছিল? চিকিৎসা বাবদ খরচ যাতায়াত বাবদ খরচ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> টাকা <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> টাকা	
1-S38	প্রশ্ন নং 1-S29 আবার দেখুন	প্রশ্ন 1-S29 মারা গিয়েছে (4) কোড করা হয়েছে 1 → প্রশ্ন 1-S29 -এ 4 ব্যতীত অন্য কোড- কোড করা হয়েছে 2	S42
1-S39	এরপর (নাম) কে নিয়ে আপনি কোথায় গিয়েছিলেন ?	বাড়ী 1 অন্য কোথাও চিকিৎসার জন্য 2 → (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	2-S16 D01 S42
1-S40	মৃত্যুর পূর্ব পর্যন্ত (নাম)-এর আর কোন চিকিৎসা নেয়া হয়েছিল কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	2-S16 D01 S42
1-S41	বাড়ীতে থাকার কতদিন পর (নাম) মারা যায় ? (প্রথম চিকিৎসা শেষ হওয়ার পর)	দিন 1 <input type="text"/> <input type="text"/> → মাস 2 <input type="text"/> <input type="text"/> → জানিনা 998 →	S42 S42 S42

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো (প্রশ্ন নং 2S16-2S41) শুধুমাত্র ২য়-বার হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তারখানা/কাউকে বাড়ীতে নিয়ে এসে চিকিৎসা গ্রহণের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
2-S16	(নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা এরপর কোথায় করেছিলেন ?	বাড়ীতে 21 সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট .. 26 কমিউনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেন্টারঃ এনজিও ক্লিনিক 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেন্টারঃ হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেম্বার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিচ্ছিত 35	2-S17
2-S16a	বাড়ীতে রেখে (নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা হলে কিভাবে করেছিলেন ?	চিকিৎসা প্রদানকারীকে বাড়ীতে নিয়ে এসে ... 1 চিকিৎসা প্রদানকারীর নিকট থেকে পরামর্শ নিয়ে 2	
2-S17	আপনি অন্য কোথাও না গিয়ে (নাম) কে সেখানে কেন নিয়ে গিয়েছিলেন ?	_____ _____ _____ _____	
2-S18	আপনার বাড়ী/যে বাড়ীতে ছিলেন সেখান থেকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা কত দূরে? (১ মাইলের কম হলে ০০ লিখুন।)	মাইল উপজেলা/শহরের বাইরে 95 জানিনা 98	
2-S19	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় কিভাবে গিয়েছিলেন?	মটর গাড়ী A বাস B ট্রেন C এম্বুলেন্স D হস্তচালিত নৌকা E যান্ত্রিক নৌযান / লঞ্চ / ষ্টীমার F ঠেলাগাড়ী/গরুগাড়ী G রিকসা/ভ্যানগাড়ী H বেবী টেক্সি/টেম্পু I পায়ে হেঁটে J অন্যান্য X জানিনা Z	→ 2-S21 (If Only J) → 2-S21

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
2-S20	যানবাহন পেতে কি আপনার কোন অসুবিধা হয়েছিল?	খুব 1 মোটামুটি 2 অসুবিধা হয়নি 3 জানি না 8	
2-S21	সেখানে যেতে মোট কত সময় লেগেছিল?	_____ ঘন্টা মিনিট জানি না 9998	
2-S22	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় পৌঁছানোর কতক্ষণ পর স্বাস্থ্যকর্মী/ডাক্তার (নাম) কে পরীক্ষা/চিকিৎসা করেছিলেন? (১ ঘন্টার কম হলে মিনিটে লিখুন।)	_____ ঘন্টা মিনিট সাথে সাথে 0000 জানি না 9998	
2-S23	কে / কারা (নাম)-এর চিকিৎসা করেছিল (2-S16 উল্লেখিত স্থানে)?	সরকারী স্বাস্থ্যকর্মী : পাশ করা ডাক্তার (MBBS) A নার্স/ ধাত্রী (মিড ওয়াইফ) প্যারামেডিক ... B পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা (FWV)..... C MA/SACMO D স্বাস্থ্য সহকারী (HA) E পরিবার কল্যাণ সহকারী (FWA) F অন্যান্য সেবাদানকারী : বেসরকারী পাশ করা ডাক্তার (MBBS)... G এন,জি,ও স্বাস্থ্যকর্মী..... H দাই/কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার..... I ঝাড়-ফুক চিকিৎসক / ঈয়াম J কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা K ফার্মেসী/এ্যালোপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা L হাতুড়ে/গ্রাম্য চিকিৎসক M আত্মীয়/বন্ধু-বান্ধব (বাড়ীর বাইরে) O অন্যান্য X	
2-S24	(নাম) এর কি কি চিকিৎসা দেওয়া হয়েছিল? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	_____ _____ _____ _____	
2-S25	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য আপনাকে সেবাদানকারী কি কিছু করতে বলেছিল?	হ্যাঁ 1 না 2 → 2-S29 জানি না 3 → 2-S29	
2-S26	কি কি করতে বলেছিল ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	_____ _____ _____	
2-S27	আপনাকে যা করতে বলা হয়েছিল আপনি কি তা করতে পেরেছিলেন?	হ্যাঁ 1 → 2-S29 না 2 আংশিক হ্যাঁ / আংশিক না 3	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
2-S28	যদি না / আংশিক হ্যাঁ/না হয় তবে কেন পারেন নি ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	 	
2-S29	এখান থেকে চিকিৎসা নেয়ার ফলে (নাম)এর শারীরিক অবস্থার উন্নতি হয়েছিল না-কি একই রকম ছিল, না-কি খারাপ হয়েছিল?	একই রকম ছিল 1 → উন্নতি হয়েছিল 2 → অবস্থা খারাপ হয়েছিল 3 → মারা গিয়েছে 4 জানিনা 8 →	2-S31 2-S31 2-S31 2-S31
2-S30	(নাম) দ্বিতীয় চিকিৎসা নেয়ার কতক্ষণ পরে মারা গিয়েছিল?	ঘন্টা 1 দিন 2 মাস 3 জানিনা 998	→ 2-S37 → 2-S37 → 2-S37 → 2-S37
2-S31	(নাম)এর চিকিৎসা/পরামর্শের জন্য আপনাকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা থেকে অন্য কোথাও যেতে বলেছিল কি?	হ্যাঁ 1 না 2 জানিনা 8	→ 2-S37 → 2-S37
2-S32	আপনাকে কোথায় যেতে বলেছিল?	সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট 26 কমিউনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেন্টার ঃ এনজিও ক্লিনিক /Sub-center..... 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেন্টার ঃ হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেষ্টার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিশ্চিত 35	
2-S33	হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানায় বা বাড়ীতে চিকিৎসা শুরু হওয়ার (2-S16- এ উল্লেখিত সেবা প্রদানকারী) কতক্ষণ পর (নাম) কে (2-S32-তে হাসপাতালে/ ক্লিনিক/ সেবা দানকারী) যেতে বলেছিল? (১ ঘন্টায় কম হলে মিনিটে লিখুন, ১ দিনের কম হলে ঘন্টায়, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	মিনিট 1 ঘন্টা 2 দিন 3 মাস 4 সাথে সাথে 0000 জানিনা 9998	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
2-S34	কেন চিকিৎসার জন্য অন্য কোথাও যেতে বলা হয়েছিল?	অপারেশনের যত্ন ছিলনা A উন্নত চিকিৎসা পাওয়ার জন্য B ডাক্তার ছিল না C রক্ত/স্যালাইন দেওয়ার ব্যবস্থা ছিল না D সমস্যা সমাধানের সঠিক ব্যবস্থা ছিল না ... E অন্যান্য X জানিনা Z	
2-S35	(নাম)কে চিকিৎসার জন্য যেখানে যেতে বলা হয়েছিল সেখানেই তাকে নিয়ে গিয়েছিলেন কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 জানিনা 8 →	2-S37 2-S37
2-S36	কেন চিকিৎসার জন্য সেখানে নিয়ে যাওয়া হয় নাই ? আরও কোন কারণে ?	চিকিৎসার প্রয়োজন ছিল না A অভ্যস্থ নই B ব্যয়বহুল C টাকা পয়সার অভাব D অনেক দূরে E যাতায়াতের অসুবিধা F সঙ্গীর অভাব G ভালো চিকিৎসা পাওয়া যায় না H পরিবারের অনুমতি ছিল না I বাড়ীর সেবাই ভালো J কিভাবে যেতে হবে জানতাম না K সাহায্য/সেবা নেয়ার সময় ছিল না L কোথায় যেতে হবে জানতাম না M চিকিৎসা কেন্দ্রে নেয়ার পথে মারা গিয়েছিল... N অবস্থা গুরুতর বুঝতে পারিনি W অন্যান্য X জানিনা/নিশ্চিত না Z	
2-S37	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য কত টাকা খরচ হয়েছিল? চিকিৎসা বাবদ খরচ যাতায়াত বাবদ খরচ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> টাকা <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> টাকা	
2-S38	প্রশ্ন নং 2-S29 আবার দেখুন	প্রশ্ন 2-S29 মারা গিয়েছে (4) কোড করা হয়েছে 1 → প্রশ্ন 2-S29 -এ 4 ব্যাভীত অন্য কোড- কোড করা হয়েছে 2	S42
2-S39	এরপর (নাম) কে নিয়ে আপনি কোথায় গিয়েছিলেন ?	বাড়ী 1 অন্য কোথাও চিকিৎসার জন্য 2 → (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	3-S16 D01 S42
2-S40	মৃত্যুর পূর্ব পর্যন্ত (নাম)-এর আর কোন চিকিৎসা নেয়া হয়েছিল কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	3-S16 D01 S42
2-S41	বাড়ীতে থাকার কতদিন পর (নাম) মারা যায় ? (২য়-বার চিকিৎসা শেষ হওয়ার পর)	দিন 1 <input type="text"/> <input type="text"/> → মাস 2 <input type="text"/> <input type="text"/> → জানিনা 998 →	S42 S42 S42

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো (প্রশ্ন নং 3S16-3S41) শুধুমাত্র ৩য়-বার হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তারখানা/কাউকে বাড়ীতে নিয়ে এসে চিকিৎসা গ্রহণের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
3-S16	(নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা এরপর কোথায় করেছিলেন ?	বাড়ীতে 21 সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/হিপিআই Outreach সাইট .. 26 কম্যুনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেটরঃ এনজিও ক্লিনিক 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেটরঃ হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেম্বার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিশ্চিত 35	3-S17
3-S16a	বাড়ীতে রেখে (নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা হলে কিভাবে করেছিলেন ?	চিকিৎসা প্রদানকারীকে বাড়ীতে নিয়ে এসে ... 1 চিকিৎসা প্রদানকারীর নিকট থেকে পরামর্শ নিয়ে 2	
3-S17	আপনি অন্য কোথাও না গিয়ে (নাম) কে সেখানে কেন নিয়ে গিয়েছিলেন ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3-S18	আপনার বাড়ী/যে বাড়ীতে ছিলেন সেখান থেকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা কত দুরে? (১ মাইলের কম হলে ০০ লিখুন।)	মাইল <input type="text"/> উপজেলা/শহরের বাইরে 95 জানিনা 98	
3-S19	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় কিভাবে গিয়েছিলেন?	মটর গাড়ী A বাস B ট্রেন C এম্বুলেন্স D হস্তচালিত নৌকা E যান্ত্রিক নৌযান / লঞ্চ / ষ্টীমার F ঠেলাগাড়ী/গরুগাড়ী G রিকসা/ড্যানগাড়ী H বেবী টেক্সী/টেম্পু I পায়ে হেঁটে J অন্যান্য X জানিনা Z	3-S21 (If Only J) 3-S21

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
3-S20	যানবাহন পেতে কি আপনার কোন অসুবিধা হয়েছিল?	খুব 1 মোটামুটি 2 অসুবিধা হয়নি 3 জানি না 8	
3-S21	সেখানে যেতে মোট কত সময় লেগেছিল?	<input type="text"/> ঘন্টা <input type="text"/> মিনিট জানিনা 9998	
3-S22	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় পৌঁছাবার কতক্ষন পর স্বাস্থ্যকর্মী/ডাক্তার (নাম) কে পরীক্ষা/চিকিৎসা করেছিলেন? (১ ঘন্টার কম হলে মিনিটে লিখুন।)	<input type="text"/> ঘন্টা <input type="text"/> মিনিট সাথে সাথে 0000 জানিনা 9998	
3-S23	কে / কারা (নাম)-এর চিকিৎসা করেছিল (3-S16 উল্লেখিত স্থানে)?	সরকারী স্বাস্থ্যকর্মী : পাশ করা ডাক্তার (MBBS) A নার্স/ দাত্রী (মিড ওয়াইফ) প্যারামেডিক ... B পরিবার কল্যান পরিদর্শিকা (FWV)..... C MA/SACMO D স্বাস্থ্য সহকারী (HA) E পরিবার কল্যাণ সহকারী (FWA) F অন্যান্য সেবাদানকারী : বেসরকারী পাশ করা ডাক্তার (MBBS)... G এন,জি,ও স্বাস্থ্যকর্মী..... H দাই/কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার..... I ঝাড়-ফুক চিকিৎসক / ঈমাম J কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা K ফার্মেসী/এ্যালোপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা L হাতুড়ে/গ্রাম্য চিকিৎসক M আত্মীয়/বন্ধু-বান্ধব (বাড়ীর বাইরে) O অন্যান্য X	
3-S24	(নাম) এর কি কি চিকিৎসা দেওয়া হয়েছিল? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3-S25	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য আপনাকে সেবাপ্রদানকারী কি কিছু করতে বলেছিল?	হ্যাঁ 1 না 2 → 3-S29 জানি না 3 → 3-S29	
3-S26	কি কি করতে বলেছিল ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3-S27	আপনাকে যা করতে বলা হয়েছিল আপনি কি তা করতে পেরেছিলেন?	হ্যাঁ 1 → 3-S29 না 2 আংশিক হ্যাঁ / আংশিক না 3	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
3-S28	যদি না / আংশিক হ্যাঁ/না হয় তবে কেন পারেন নি ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3-S29	এখান থেকে চিকিৎসা নেয়ার ফলে (নাম)এর শারিরিক অবস্থার উন্নতি হয়েছিল না-কি একই রকম ছিল, না-কি খারাপ হয়েছিল?	একই রকম ছিল 1 → উন্নতি হয়েছিল 2 → অবস্থা খারাপ হয়েছিল 3 → মারা গিয়েছে 4 জানিনা 8 →	3-S31 3-S31 3-S31 3-S31
3-S30	(নাম) তৃতীয়বার চিকিৎসা নেয়ার কতক্ষণ পরে মারা গিয়েছিল?	ঘন্টা 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> দিন 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> মাস 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানিনা 998 →	3-S37 3-S37 3-S37 3-S37
3-S31	(নাম)এর চিকিৎসা/পরামর্শের জন্য আপনাকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা থেকে অন্য কোথাও যেতে বলেছিল কি?	হ্যাঁ 1 না 2 → জানিনা 8 →	3-S37 3-S37
3-S32	আপনাকে কোথায় যেতে বলেছিল?	সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট 26 কমিউনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেন্টার ঃ এনজিও ক্লিনিক /Sub-center..... 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 গ্রাইডেট সেন্টার ঃ হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেম্বার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিশ্চিত 35	
3-S33	হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার বানায় বা বাড়ীতে চিকিৎসা শুরু হওয়ার (3-S16- এ উল্লেখিত সেবা প্রদানকারী) কতক্ষণ পর (নাম) কে _____ (3-S32-তে হাসপাতালে/ ক্লিনিক/ সেবা দানকারী) যেতে বলেছিল? (১ ঘন্টায় কম হলে মিনিটে লিখুন, ১ দিনের কম হলে ঘন্টায়, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	মিনিট 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ঘন্টা 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> দিন 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> মাস 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> সাথে সাথে 0000 জানিনা 9998	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
3-S34	কেন চিকিৎসার জন্য অন্য কোথাও যেতে বলা হয়েছিল?	অপারেশনের যন্ত্র ছিলনা A উন্নত চিকিৎসা পাওয়ার জন্য B ডাক্তার ছিল না C রক্ত/স্যালাইন দেওয়ার ব্যবস্থা ছিল না D সমস্যা সমাধানের সঠিক ব্যবস্থা ছিল না ... E অন্যান্য X জানিনা Z	
3-S35	(নাম)কে চিকিৎসার জন্য যেখানে যেতে বলা হয়েছিল সেখানেই তাকে নিয়ে গিয়েছিলেন কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 জানিনা 8 →	3-S37 3-S37
3-S36	কেন চিকিৎসার জন্য সেখানে নিয়ে যাওয়া হয় নাই ? আরও কোন কারণে ?	চিকিৎসার প্রয়োজন ছিল না A অভ্যু নই B ব্যয়বহল C টাকা পয়সার অভাব D অনেক দূরে E যাতায়াতের অসুবিধা F সঙ্গীর অভাব G ভালো চিকিৎসা পাওয়া যায় না H পরিবারের অনুমতি ছিল না I বাড়ীর সেবাই ভালো J কিভাবে যেতে হবে জানতাম না K সাহায্য/সেবা নেয়ার সময় ছিল না L কোথায় যেতে হবে জানতাম না M চিকিৎসা কেন্দ্রে নেয়ার পথে মারা গিয়েছিল... N অবস্থা গুরুতর বুঝতে পারিনি W অন্যান্য X জানিনা/নিশ্চিত না Z	
3-S37	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য কত টাকা খরচ হয়েছিল? চিকিৎসা বাবদ খরচ যাতায়াত বাবদ খরচ	_____ টাকা _____ টাকা	
3-S38	প্রশ্ন নং 3-S29 আবার দেখুন	প্রশ্ন 3-S29 মারা গিয়েছে (4) কোড করা হয়েছে 1 → প্রশ্ন 3-S29 -এ 4 ব্যাতীত অন্য কোড- কোড করা হয়েছে 2	S42
3-S39	এরপর (নাম) কে নিয়ে আপনি কোথায় গিয়েছিলেন ?	বাড়ী 1 অন্য কোথাও চিকিৎসার জন্য 2 → (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	4-S16 D01 S42
3-S40	মৃত্যুর পূর্ব পর্যন্ত (নাম)-এর আর কোন চিকিৎসা নেয়া হয়েছিল কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	4-S16 D01 S42
3-S41	বাড়ীতে থাকার কতদিন পর (নাম) মারা যায় ? (তৃতীয়বার চিকিৎসা শেষ হওয়ার পর)	দিন 1 _____ → মাস 2 _____ → জানিনা 998 →	S42 S42 S42

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো (প্রশ্ন নং 4S16-4S41) শুধুমাত্র চতুর্থবার হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তারখানা/কাউকে বাড়ীতে নিয়ে এসে চিকিৎসা গ্রহণের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
4-S16	(নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা এরপর কোথায় করেছিলেন ?	বাড়ীতে 21 সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট .. 26 কম্যুনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেটরঃ এনজিও ক্লিনিক 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেটরঃ হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেম্বার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিশ্চিত 35	4-S17
4-S16a	বাড়ীতে রেখে (নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা হলে কিভাবে করেছিলেন ?	চিকিৎসা প্রদানকারীকে বাড়ীতে নিয়ে এসে ... 1 চিকিৎসা প্রদানকারীর নিকট থেকে পরামর্শ নিয়ে 2	
4-S17	আপনি অন্য কোথাও না গিয়ে (নাম) কে সেখানে কেন নিয়ে গিয়েছিলেন ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4-S18	আপনার বাড়ী/যে বাড়ীতে ছিলেন সেখান থেকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা কত দূরে? (১ মাইলের কম হলে ০০ লিখুন।)	মাইল <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> উপজেলা/শহরের বাইরে 95 জানিনা 98	
4-S19	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় কিভাবে গিয়েছিলেন?	মটর গাড়ী A বাস B ট্রেন C এম্বুলেন্স D হস্তচালিত নৌকা E যান্ত্রিক নৌযান / লঞ্চ / ষ্টীমার F ঠেলাগাড়ী/গরুগাড়ী G রিকসা/ড্যানগাড়ী H বেবী টেক্সী/টেম্পু I পায়ে হেঁটে J অন্যান্য X জানিনা Z	→ 4-S21 (If Only J) → 4-S21

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
4-S20	যানবাহন পেতে কি আপনার কোন অসুবিধা হয়েছিল?	খুব 1 মোটামুটি 2 অসুবিধা হয়নি 3 জানি না 8	
4-S21	সেখানে যেতে মোট কত সময় লেগেছিল?	<input type="text"/> ঘন্টা <input type="text"/> মিনিট জানিনা 9998	
4-S22	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় পৌঁছাবার কতক্ষণ পর স্বাস্থ্যকর্মী/ডাক্তার (নাম) কে পরীক্ষা/চিকিৎসা করেছিলেন? (১ ঘন্টার কম হলে মিনিটে লিখুন।)	<input type="text"/> ঘন্টা <input type="text"/> মিনিট সাথে সাথে 0000 জানিনা 9998	
4-S23	কে / কারা (নাম)-এর চিকিৎসা করেছিল (4-S16 উল্লেখিত স্থানে)?	সরকারী স্বাস্থ্যকর্মীঃ পাশ করা ডাক্তার (MBBS) A নার্স/ দ্বাত্রী (মিড ওয়াইফ) প্যারামেডিক ... B পরিবার কল্যান পরিদর্শিকা (FWV)..... C MA/SACMO D স্বাস্থ্য সহকারী (HA) E পরিবার কল্যাণ সহকারী (FWA) F অন্যান্য সেবাদানকারীঃ বেসরকারী পাশ করা ডাক্তার (MBBS)... G এন,জি,ও স্বাস্থ্যকর্মী H দাই/কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার..... I ঝাড়-ফুক চিকিৎসক / ঈমাম J কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা K ফার্মেসী/এ্যালোপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা L হাতুড়ে/গ্রাম্য চিকিৎসক M আত্মীয়/বন্ধু-বান্ধব (বাড়ীর বাইরে) O অন্যান্য X	
4-S24	(নাম) এর কি কি চিকিৎসা দেওয়া হয়েছিল? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4-S25	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য আপনাকে সেবাদানকারী কি কিছু করতে বলেছিল?	হ্যাঁ 1 না 2 → 4-S29 জানি না 3 → 4-S29	
4-S26	কি কি করতে বলেছিল ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4-S27	আপনাকে যা করতে বলা হয়েছিল আপনি কি তা করতে পেরেছিলেন?	হ্যাঁ 1 → 4-S29 না 2 আংশিক হ্যাঁ / আংশিক না 3	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
4-S28	যদি না / আংশিক হ্যাঁ/না হয় তবে কেন পারেন নি ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4-S29	এখান থেকে চিকিৎসা নেয়ার ফলে (নাম)এর শারিরিক অবস্থার উন্নতি হয়েছিল না-কি একই রকম ছিল, না-কি খারাপ হয়েছিল?	একই রকম ছিল 1 → উন্নতি হয়েছিল 2 → অবস্থা খারাপ হয়েছিল 3 → মারা গিয়েছে 4 জানিনা 8 →	4-S31 4-S31 4-S31 4-S31
4-S30	(নাম) চতুর্থবার চিকিৎসা নেয়ার কতক্ষণ পরে মারা গিয়েছিল?	ঘন্টা 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> দিন 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> মাস 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানিনা 998 →	4-S37 4-S37 4-S37 4-S37
4-S31	(নাম)এর চিকিৎসা/পরামর্শের জন্য আপনাকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা থেকে অন্য কোথাও যেতে বলেছিল কি?	হ্যাঁ 1 না 2 → জানিনা 8 →	4-S37 4-S37
4-S32	আপনাকে কোথায় যেতে বলেছিল?	সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট 26 কমিউনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেন্টার ঃ এনজিও ক্লিনিক /Sub-center..... 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেন্টার ঃ হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেম্বার 33 অন্যান্য _____ 34 জানিনা/ অনিশ্চিত 35	
4-S33	হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানায় বা বাড়ীতে চিকিৎসা শুরু হওয়ার (4-S16- এ উল্লেখিত সেবা প্রদানকারী) কতক্ষণ পর (নাম) কে _____ (4-S32-তে হাসপাতালে/ ক্লিনিক/ সেবা দানকারী) যেতে বলেছিল? (১ ঘন্টায় কম হলে মিনিটে লিখুন, ১ দিনের কম হলে ঘন্টায়, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	মিনিট 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ঘন্টা 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> দিন 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> মাস 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> সাথে সাথে 0000 জানিনা 9998	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
4-S34	কেন চিকিৎসার জন্য অন্য কোথাও যেতে বলা হয়েছিল?	অপারেশনের যত্র ছিলনা A উন্নত চিকিৎসা পাওয়ার জন্য B ডাক্তার ছিল না C রক্ত/স্যালাইন দেওয়ার ব্যবস্থা ছিল না D সমস্যা সমাধানের সঠিক ব্যবস্থা ছিল না ... E অন্যান্য X জানিনা Z	
4-S35	(নাম)কে চিকিৎসার জন্য যেখানে যেতে বলা হয়েছিল সেখানেই তাকে নিয়ে গিয়েছিলেন কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 জানিনা 8 →	4-S37 4-S37
4-S36	কেন চিকিৎসার জন্য সেখানে নিয়ে যাওয়া হয় নাই ? আরও কোন কারণে ?	চিকিৎসার প্রয়োজন ছিল না A অভাব নই B ব্যয়বহুল C টাকা পয়সার অভাব D অনেক দূরে E যাতায়াতের অসুবিধা F সঙ্গীর অভাব G ভালো চিকিৎসা পাওয়া যায় না H পরিবারের অনুমতি ছিল না I বাড়ীর সেবাই ভালো J কিভাবে যেতে হবে জানতাম না K সাহায্য/সেবা নেয়ার সময় ছিল না L কোথায় যেতে হবে জানতাম না M চিকিৎসা কেন্দ্রে নেয়ার পথে মারা গিয়েছিল... N অবস্থা গুরুতর বুঝতে পারিনি W অন্যান্য X জানিনা/নিশ্চিত না Z	
4-S37	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য কত টাকা খরচ হয়েছিল? চিকিৎসা বাবদ খরচ যাতায়াত বাবদ খরচ	_____ টাকা _____ টাকা	
4-S38	প্রশ্ন নং 4-S29 আবার দেখুন	প্রশ্ন 4-S29 মারা গিয়েছে (4) কোড করা হয়েছে 1 → প্রশ্ন 4-S29 -এ 4 ব্যাতীত অন্য কোড- কোড করা হয়েছে 2	S42
4-S39	এরপর (নাম) কে নিয়ে আপনি কোথায় গিয়েছিলেন ?	বাড়ী 1 অন্য কোথাও চিকিৎসার জন্য 2 → (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	5-S16 D01 S42
4-S40	মৃত্যুর পূর্ব পর্যন্ত (নাম)-এর আর কোন চিকিৎসা নেয়া হয়েছিল কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	5-S16 D01 S42
4-S41	বাড়ীতে থাকার কতদিন পর (নাম) মারা যায় ? (চতুর্থবার চিকিৎসা শেষ হওয়ার পর)	দিন 1 _____ → মাস 2 _____ → জানিনা 998 →	S42 S42 S42

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো (প্রশ্ন নং 5S16-5S41) শুধুমাত্র পঞ্চমবার হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তারখানা/কাউকে বাড়ীতে নিয়ে এসে চিকিৎসা গ্রহণের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
5-S16	(নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা এরপর কোথায় করেছিলেন ?	বাড়ীতে 21 সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট .. 26 কম্যুনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেক্টর : এনজিও ক্লিনিক 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেক্টর : হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেম্বার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিচ্চিত 35	5-S17
5-S16a	বাড়ীতে রেখে (নাম) এর অসুস্থতার চিকিৎসা হলে কিভাবে করেছিলেন ?	চিকিৎসা প্রদানকারীকে বাড়ীতে নিয়ে এসে ... 1 চিকিৎসা প্রদানকারীর নিকট থেকে পরামর্শ নিয়ে 2	
5-S17	আপনি অন্য কোথাও না গিয়ে (নাম) কে সেখানে কেন নিয়ে গিয়েছিলেন ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5-S18	আপনার বাড়ী/যে বাড়ীতে ছিলেন সেখান থেকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা কত দুরে? (১ মাইলের কম হলে ০০ লিখুন।)	মাইল <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> উপজেলা/শহরের বাইরে 95 জানিনা 98	
5-S19	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় কিভাবে গিয়েছিলেন?	মটর গাড়ী A বাস B ট্রেন C এম্বুলেন্স D হস্তচালিত নৌকা E যান্ত্রিক নৌযান / লঞ্চ / স্টীমার F ঠেলাগাড়ী/গরুগাড়ী G রিকসা/ভ্যানগাড়ী H বেবী টেক্সী/টেম্পু I পায়ে হেঁটে J অন্যান্য X জানিনা Z	→ 5-S21 (If Only J) → 5-S21

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP								
5-S20	যানবাহন পেতে কি আপনার কোন অসুবিধা হয়েছিল?	খুব 1 মোটামুটি 2 অসুবিধা হয়নি 3 জানি না 8									
5-S21	সেখানে যেতে মোট কত সময় লেগেছিল?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> ঘন্টা </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> মিনিট </td> </tr> <tr> <td colspan="2">জানিনা 9998</td> </tr> </table>	<input type="text"/> : <input type="text"/> ঘন্টা	<input type="text"/> : <input type="text"/> মিনিট	জানিনা 9998						
<input type="text"/> : <input type="text"/> ঘন্টা	<input type="text"/> : <input type="text"/> মিনিট										
জানিনা 9998											
5-S22	হাসপাতালে/ক্লিনিকে/ডাক্তার খানায় পৌঁছাবার কতক্ষণ পর স্বাস্থ্যকর্মী/ডাক্তার (নাম) কে পরীক্ষা/চিকিৎসা করেছিলেন? (১ ঘন্টার কম হলে মিনিটে লিখুন।)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> ঘন্টা </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> মিনিট </td> </tr> <tr> <td colspan="2">সাথে সাথে 0000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">জানিনা 9998</td> </tr> </table>	<input type="text"/> : <input type="text"/> ঘন্টা	<input type="text"/> : <input type="text"/> মিনিট	সাথে সাথে 0000		জানিনা 9998				
<input type="text"/> : <input type="text"/> ঘন্টা	<input type="text"/> : <input type="text"/> মিনিট										
সাথে সাথে 0000											
জানিনা 9998											
5-S23	কে / কারা (নাম)-এর চিকিৎসা করেছিল (5-S16 উল্লেখিত স্থানে)?	সরকারী স্বাস্থ্যকর্মী : পাশ করা ডাক্তার (MBBS) A নার্স/ ধাত্রী (মিড ওয়াইফ) প্যারামেডিক ... B পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা (FWV)..... C MA/SACMO D স্বাস্থ্য সহকারী (HA) E পরিবার কল্যাণ সহকারী (FWA) F অন্যান্য সেবাদানকারী : বেসরকারী পাশ করা ডাক্তার (MBBS)... G এন.জি.ও স্বাস্থ্যকর্মী..... H দাই/কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার..... I ঝাড়-ফুক চিকিৎসক / ঈমাম J কবিরাজ/ হাকিম/হোমিওপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা K ফার্মেসী/এ্যালোপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা L হাতুড়ে/গ্রাম্য চিকিৎসক M আত্মীয়/বন্ধু-বান্ধব (বাড়ীর বাইরে) O অন্যান্য X									
5-S24	(নাম) এর কি কি চিকিৎসা দেওয়া হয়েছিল? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> </td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> </td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> </td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> </td></tr> </table>		<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="text"/> : <input type="text"/>	
	<input type="text"/> : <input type="text"/>										
	<input type="text"/> : <input type="text"/>										
	<input type="text"/> : <input type="text"/>										
	<input type="text"/> : <input type="text"/>										
5-S25	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য আপনাকে সেবাপ্রদানকারী কি কিছু করতে বলেছিল?	হ্যাঁ 1 না 2 → 5-S29 জানি না 3 → 5-S29									
5-S26	কি কি করতে বলেছিল ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> </td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> </td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"> <input type="text"/> : <input type="text"/> </td></tr> </table>		<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="text"/> : <input type="text"/>			
	<input type="text"/> : <input type="text"/>										
	<input type="text"/> : <input type="text"/>										
	<input type="text"/> : <input type="text"/>										
5-S27	আপনাকে যা করতে বলা হয়েছিল আপনি কি তা করতে পেরেছিলেন?	হ্যাঁ 1 → 5-S29 না 2 আংশিক হ্যাঁ / আংশিক না 3									

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
5-S28	যদি না / আংশিক হ্যাঁ/না হয় তবে কেন পারেন নি ? 1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5-S29	এখান থেকে চিকিৎসা নেয়ার ফলে (নাম)এর শারিরিক অবস্থার উন্নতি হয়েছিল না-কি একই রকম ছিল, না-কি খারাপ হয়েছিল?	একই রকম ছিল 1 → উন্নতি হয়েছিল 2 → অবস্থা খারাপ হয়েছিল 3 → মারা গিয়েছে 4 জানিনা 8 →	5-S31 5-S31 5-S31 5-S31
5-S30	(নাম) পঞ্চমবার চিকিৎসা নেয়ার কতক্ষণ পরে মারা গিয়েছিল?	ঘণ্টা 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> দিন 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> মাস 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানিনা 998	→ 5-S37 → 5-S37 → 5-S37 → 5-S37
5-S31	(নাম)এর চিকিৎসা/পরামর্শের জন্য আপনাকে হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানা থেকে অন্য কোথাও যেতে বলেছিল কি?	হ্যাঁ 1 না 2 → জানিনা 8 →	5-S37 5-S37
5-S32	আপনাকে কোথায় যেতে বলেছিল?	সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট 26 কমিউনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেক্টর : এনজিও ক্লিনিক /Sub-center..... 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেক্টর : হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেম্বার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিচ্ছিত 35	
5-S33	হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তার খানায় বা বাড়ীতে চিকিৎসা শুরু হওয়ার (5-S16- এ উল্লেখিত সেবা প্রদানকারী) কতক্ষণ পর (নাম) কে _____ (5-S32-তে হাসপাতালে/ ক্লিনিক/ সেবা দানকারী) যেতে বলেছিল? (১ ঘন্টায় কম হলে মিনিটে লিখুন, ১ দিনের কম হলে ঘন্টায়, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	মিনিট 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ঘন্টা 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> দিন 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> মাস 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> সাথে সাথে 0000 জানিনা 9998	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
5-S34	কেন চিকিৎসার জন্য অন্য কোথাও যেতে বলা হয়েছিল?	অপারেশনের যন্ত্র ছিলনা A উন্নত চিকিৎসা পাওয়ার জন্য B ডাক্তার ছিল না C রক্ত/স্যালাইন দেওয়ার ব্যবস্থা ছিল না D সমস্যা সমাধানের সঠিক ব্যবস্থা ছিল না ... E অন্যান্য X জানিনা Z	
5-S35	(নাম)কে চিকিৎসার জন্য যেখানে যেতে বলা হয়েছিল সেখানেই তাকে নিয়ে গিয়েছিলেন কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 জানিনা 8 →	5-S37 5-S37
5-S36	কেন চিকিৎসার জন্য সেখানে নিয়ে যাওয়া হয় নাই ? আরও কোন কারণে ?	চিকিৎসার প্রয়োজন ছিল না A অভাব নই B ব্যয়বহুল C টাকা পয়সার অভাব D অনেক দূরে E যাতায়াতের অসুবিধা F সঙ্গীর অভাব G ভালো চিকিৎসা পাওয়া যায় না H পরিবারের অনুমতি ছিল না I বাড়ীর সেবাই ভালো J কিভাবে যেতে হবে জানতাম না K সাহায্য/সেবা নেয়ার সময় ছিল না L কোথায় যেতে হবে জানতাম না M চিকিৎসা কেন্দ্রে নেয়ার পথে মারা গিয়েছিল... N অবস্থা গুরুতর বুঝতে পারিনি W অন্যান্য X জানিনা/নিশ্চিত না Z	
5-S37	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য কত টাকা খরচ হয়েছিল? চিকিৎসা বাবদ খরচ যাতায়াত বাবদ খরচ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> টাকা <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> টাকা	
5-S38	প্রশ্ন নং 5-S29 আবার দেখুন	প্রশ্ন 5-S29 মারা গিয়েছে (4) কোড করা হয়েছে 1 → প্রশ্ন 5-S29 -এ 4 ব্যাভীত অন্য কোড- কোড করা হয়েছে 2	S42
5-S39	এরপর (নাম) কে নিয়ে আপনি কোথায় গিয়েছিলেন ?	বাড়ী 1 অন্য কোথাও চিকিৎসার জন্য 2 → (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	6-S16 D01 S42
5-S40	মৃত্যুর পূর্ব পর্যন্ত (নাম)-এর আর কোন চিকিৎসা নেয়া হয়েছিল কি ?	হ্যাঁ 1 → না 2 (নাম) পথে মারা গিয়েছিল 3 → জানিনা 8 →	6-S16 D01 S42
5-S41	বাড়ীতে থাকার কতদিন পর (নাম) মারা যায় ? (পঞ্চমবার চিকিৎসা শেষ হওয়ার পর)	দিন 1 <input type="text"/> <input type="text"/> → মাস 2 <input type="text"/> <input type="text"/> → জানিনা 998 →	S42 S42 S42

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো (প্রশ্ন নং D01 - D07) শুধুমাত্র হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তারখানায় বা অন্য কোথাও নিয়ে যাওয়ার সময় অর্থাৎ পথে মারা গেলে প্রযোজ্য

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
D01	(নাম) পথে মারা গেলে (নাম)-কে কোথায় নিয়ে যাওয়ার চেষ্টা করেছিলেন ?	বাড়ীতে 21 সরকারী প্রতিষ্ঠানঃ হাসপাতাল 22 উপজেলা/থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্র 23 মাতৃসদন (MCWC) 24 ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UHFWC) 25 স্যাটেলাইট/ইপিআই Outreach সাইট .. 26 কমিউনিটি ক্লিনিক 27 এনজিও সেটর ঃ এনজিও ক্লিনিক 28 এনজিও হাসপাতাল 29 এনজিও স্যাটেলাইট ক্লিনিক 30 প্রাইভেট সেটর ঃ হাসপাতাল 31 ক্লিনিক 32 চেম্বার 33 অন্যান্য 34 জানিনা/ অনিশ্চিত 35	
D02	আপনি অন্য কোথাও না গিয়ে (নাম) কে সেখানে কেন নিয়ে যাওয়ার চেষ্টা করেছিলেন ? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D03	আপনার বাড়ী/যেখানে ছিলেন সেখান থেকে _____ (D01-এ উল্লেখিত স্থানে) কত দূরে? (১ মাইলের কম হলে ০০ লিখুন।)	মাইল <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> উপজেলা/শহরের বাইরে 95 জানিনা 98	
D04	_____ (D01-এ উল্লেখিত স্থানে) কিভাবে নিয়ে যাওয়ার চেষ্টা করেছিলেন?	মটর গাড়ী A বাস B ট্রেন C এম্বুলেন্স D হস্তচালিত নৌকা E যান্ত্রিক নৌযান / লঞ্চ / ষ্টীমার F ঠেলাগাড়ী/গরুগাড়ী G রিকসা/ড্যানগাড়ী H বেবী টেক্সী/টেম্পু I পায়ে হেঁটে J → অন্যান্য X জানিনা Z →	D06 (if Only J) D06

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
D05	যানবাহন পেতে কি আপনার কোন অসুবিধা হয়েছিল?	খুব 1 মোটামুটি 2 অসুবিধা হয়নি 3 জানি না 8	
D06	যাত্রা শুরু করার কতক্ষণ পর (নাম) মারা গিয়েছিল ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ঘন্টা <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> মিনিট জানিনা 9998	
D07	যাতায়াত-এর জন্য কত টাকা খরচ হয়েছিল ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> টাকা →	S42

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
S42	(নাম) এর চিকিৎসার জন্য মোট কত টাকা খরচ হয়েছিল ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> টাকা	
S43	(নাম) - এর মোট চিকিৎসার খরচ কোথা থেকে পেয়েছিলেন?	পারিবারিক তহবিল A ধার করে B সম্পদ বিক্রী করে C আত্মীয়রা/ বন্ধুরা দিয়েছে D সম্পত্তি বন্ধক রেখে E অন্যান্য X জানিনা Z	
S44	উত্তর দাতাকে ধন্যবাদ জানিয়ে সাক্ষাৎকার শেষ করুন।		
S45	সাক্ষাৎকার শেষ হওয়ার সময়।	<input type="text"/> ঘন্টা <input type="text"/> মিনিট	

সাক্ষাৎকার গ্রহনকারী র মন্তব্য এবং পর্যবেক্ষন

সাক্ষাৎকার গ্রহনকারী মৃত্যুর কারণ কি মনে করেন? লিখুন

ROUND :

HH visited : 1 2 3 4 5 6

AREA: I / C

Sample HH:

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION
 Household Continuous Morbidity Monitoring Questionnaire
 General and Morbidity Module

পরিচিতিমূলক তথ্যাবলী:

ইউনিয়নের নাম/নম্বর

গ্রামের নাম/নম্বর

বাড়ীর নাম/নম্বর

গৃহকর্তার নাম/গৃহের নম্বর:

মাঠকর্মীর নাম/কোড নম্বর:

(ইন্টারভিউ শুরু করার পূর্বে নিশ্চিত হয়ে নিন যে, এই খানায় ৫ বছরের কম বয়সের এক বা একাধিক শিশু আছে)

১ম ইন্টারভিউয়ের তারিখ সম্পূর্ণ হয়েছে রাজী নন বাসা ছেড়ে চলে গেছে বাসায় কেউ ছিলেন না অসম্পূর্ণ শিশু মারা গেছে

1. ___/___/200___ 1 2 3 4 5 6

2. ___/___/200___ 1 2 3 4 5 6

ইন্টারভিউ শুরু করার সময়: _____ : _____ am / pm ইন্টারভিউ শেষ করার সময়: _____ : _____ am / pm

উত্তরদাতার (বাচচার মায়ের) নাম ও নম্বর: বাচচার সাথে উত্তরদাতার সম্পর্ক বাচচার নাম ও নম্বর: বাচচার জন্ম তারিখ ও লিঙ্গ:

Selection Type:

R / A

বাচচার জন্য Form C পুনর করা হয়েছে ? [ইন্টারভিউয়ের শেষে কোড করুন]

হ্যাঁ 1

না 2

বাচচা কি বাসায় উপস্থিত? [ইন্টারভিউয়ের শেষে কোড করুন]

হ্যাঁ 1

না 2

ইন্টারভিউ সম্পূর্ণ হয়ে থাকলে কোড করুন বাচচা কি আজকে

অসুস্থ 1

(2 ও 3 -কোডের ক্ষেত্রে পরবর্তী ইন্টারভিউয়ের তারিখ প্রযোজ্য নয়)

সুস্থ কিন্তু গত ২ সপ্তাহের মধ্যে অসুস্থ ছিল 2

সুস্থ 3

পরবর্তী ইন্টারভিউয়ের তারিখ		সম্পূর্ণ হয়েছে	রাজী নন	বাসা ছেড়ে চলে গেছে	বাসায় কেউ ছিলেন না	অসম্পূর্ণ	পরবর্তী ভিজিট হবে	
পরিকল্পিত	আসল						Yes	No
___/___/200___	___/___/200___	1	2	3	4	5	Yes	No
___/___/200___	___/___/200___	1	2	3	4	5	Yes	No
___/___/200___	___/___/200___	1	2	3	4	5	Yes	No

FRO: _____ Date: ___/___/___

Data entered by: _____ Date: ___/___/___

Revised : June 30, 2004

000. HOUSEHOLD INFORMATION:

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
পরিবারের গঠন (বর্তমানে জীবিত ও গৃহের নিয়মিত বাসিন্দা):	পুরুষ মহিলা	
001 আপনার পরিবারে/খানায় 5 বছরের কম বয়সী শিশুর সংখ্যা	_____	
001a আপনার পরিবারে/খানায় 2 বছরের কম বয়সী শিশুর সংখ্যা	_____	
002 5 - 9 বছর বয়সী বালক / বালিকার সংখ্যা	_____	
003 পরিবারে 10 - 49 বছর বয়স্ক পুরুষ এবং মহিলার সংখ্যা	_____	
004 পরিবারে 10 - 49 বছর বয়স্ক কখনও বিয়ে হয়েছিল এমন মহিলার সংখ্যা	_____	
005 50 বছর বা তার উর্ধ্ব বয়সের পুরুষ এবং মহিলার সংখ্যা	_____	
006 <নাম> -এর চেয়ে বয়সে ছোট ভাই-বোনের সংখ্যা	_____	
007 <নাম> -এর চেয়ে বয়সে বড় ভাই-বোনের সংখ্যা	_____	
008 <নাম> -এর চেয়ে বয়সে ছোট ভাই / বোনের বয়সের সাথে <নামের> বয়সের পার্থক্য	_____ বছর _____ মাস	
009 <নাম> -এর চেয়ে বয়সে বড় ভাই / বোনের বয়সের সাথে <নামের> বয়সের পার্থক্য	_____ বছর _____ মাস	
010 উত্তরদাত্রী কি <নাম> -এর মা ? <i>[প্রথম পৃষ্ঠা দেখুন]</i>	হ্যাঁ..... 1 না 2 →	015
011 আপনার জন্ম কোন সালের কোন মাসে? <i>[যদি মাস জানা না থাকে, তবে মাসের ঘরে "98" লিখুন]</i>	মাস সাল ..... | 1 | 9 |	
012 আপনি সর্বোচ্চ কোন ক্লাশ পাশ করেছেন (কোন ক্লাশ সম্পূর্ণ করেছেন)?	_____ ক্লাশ	
013 আপনি কি বর্তমানে বিবাহিতা, তালাকপ্রাপ্তা, আলাদা থাকেন, না বিধবা?	বিবাহিতা 1 তালাকপ্রাপ্তা 2 → আলাদা থাকেন 3 → বিধবা 4 →	016 016 016
014 আপনার স্বামী সর্বোচ্চ কোন ক্লাশ পাশ করেছেন (কোন ক্লাশ সম্পূর্ণ করেছেন)?	_____ ক্লাশ →	016
015 <নাম> -এর মার কি হয়েছে ?	মারা গেছেন 1 তালাকপ্রাপ্তা/ অন্যত্র বিবাহ হয়েছে 2 আলাদা থাকেন 3 জানি না 9	
016 <নাম> -এর মায়ের সাথে গৃহকর্তার সম্পর্ক	_____	
017 এই খানায় সবচেয়ে বড় ঘরের মেঝে, দেয়াল ও ছাদ প্রধানত: কি দিয়ে তৈরী ? <i>(দেখে লিপিবদ্ধ করুন)</i>	মেঝে দেয়াল ছাদ	
মাটি .....	..... 1..... 1..... 1	
পাঠকাটি .....	..... 2..... 2	
বাঁশ .....	..... 3..... 3..... 3	
কাঠ .....	..... 4..... 4..... 4	
টিন .....	..... 5..... 5..... 5	
ইট/সিমেন্ট/ঢালাই .....	..... 6..... 6..... 6	
অন্য (লিখুন) .....	..... 7..... 7..... 7	

100. SOCIO-ECONOMIC INFORMATION:

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
101 আপনার মতে আপনার পরিবারের (খানার) অবস্থা আশে পাশের পরিবারের অবস্থার তুলনায় কেমন? (অত্যন্ত খারাপ, খারাপ, মোটামুটি একই রকম, ভালো)	অত্যন্ত খারাপ.....1 খারাপ.....2 মোটামুটি একই রকম.....3 ভালো.....4 অন্যান্য.....7	
102a আপনার পরিবারের খানা প্রধান (গৃহকর্তা) কি কাজ করেন? (যদি একাধিক পেশা থেকে থাকে তবে অধিকাংশ সময় ধরে যেই পেশা অবলম্বন করা হয় তা রেকর্ড করুন)	_____ | | | |	
102 কাজটি কি ধরণের ?	দিন মজুর 01 কায়িক পারিশ্রমিক কাজ -অদক্ষ (দিন মজুর নয়)..... 02 -দক্ষ (দিন মজুর নয়)..... 03 চাকুরী/জীবি..... 04 কোন কাজ করেন না..... 05 অন্যান্য..... 07 ব্যবসা (পুঁজি >৫০০০ টাকা).....08 ক্ষুদ্র ব্যবসা (পুঁজি < ৫০০০ টাকা)..... 09 গৃহকর্ম..... 10	
103 আপনার পরিবার (খানা) কি বসতবাড়ীর জমির মালিক? হ্যাঁ হলে কতটুকু? [না হলে 00 লিখুন, জানিনা হলে 98 লিখুন]	_____ একর _____ শতক	
104 আপনার পরিবারের (খানার) চাষযোগ্য জমি আছে কি? হ্যাঁ হলে কতটুকু? [না হলে 00 লিখুন, জানিনা হলে 98 লিখুন]	_____ একর _____ শতক	
105 আপনার পরিবারের (খানার) আর কোন জমি আছে কি (বসত-বাড়ী ও চাষযোগ্য জমি ছাড়া)? হ্যাঁ হলে কতটুকু? [না হলে 00 লিখুন, জানিনা হলে 98 লিখুন]	_____ একর _____ শতক	
106 আপনার পরিবারের (খানার) কয়টি কক্ষ নিয়মিত শোয়ার জন্য ব্যবহার করা হয়?	_____ টি	
107 আপনার পরিবারে (খানায়) প্রতি সপ্তাহে কি পরিমাণ চাউল ও আটা লাগে এবং অন্যান্য খাবারের জন্য কত খরচ হয়? [জানিনা হলে 9998 লিখুন]	চাউল _____ কে জি আটা _____ কে জি অন্যান্য খাবারের জন্য কত খরচ _____ টাকা	
108 গত এক মাসের মধ্যে আপনার পরিবারের (খানার) মোট খরচ কত? [না হলে 0000 লিখুন, জানিনা হলে 9998 লিখুন]	_____ টাকা শিক্ষা বাবদ খরচ _____ টাকা জামা, কাপড়/ জুতা _____ টাকা ডেলিভারী/অপারেশন _____ টাকা অন্যান্য চিকিৎসা _____ টাকা	
109 গত এক বছরে চৌকিদারী / পৌর ট্যাক্স বাবদ আপনার পরিবারের (খানার) মোট কত টাকা খরচ হয়েছে ? [না হলে 0000 লিখুন, জানিনা হলে 9998 লিখুন]	_____ টাকা	

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
110 আপনার ঘরে/বাড়ীতে এ সকল জিনিস আছে কি? থাকলে কয়টা আছে? (সংখ্যা লিখুন) জানা না থাকলে '99' লিখুন একটিও না থাকলে '00' লিখুন	রেডিও/টুইন ওয়ান (চালু অবস্থায়) ... <input type="text"/> <input type="text"/> টি সাইকেল (চালু অবস্থায়) <input type="text"/> <input type="text"/> টি নৌকা <input type="text"/> <input type="text"/> টি হাত ঘড়ি (চালু অবস্থায়)..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি টেবিল/দেয়াল ঘড়ি (চালু অবস্থায়)..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি টেলিভিশন রঙিন / সাদা কালো (চালু)..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি ফ্যান (চালু অবস্থায়)..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি আলমারি/শোকেস..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি আলনা..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি বিছানা/চকি/খাট..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি লেপ/কমল/তোষক..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি টেবিল..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি চেয়ার..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি হাঁস <input type="text"/> <input type="text"/> টি মুরগী..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি গরু..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি ছাগল..... <input type="text"/> <input type="text"/> টি টিউবওয়েল (নিজস্ব) <input type="text"/> <input type="text"/> টি	
111 আপনার খানার কেউ কি কোন সংস্থা / NGO-এর সদস্য? (একাধিক উত্তর হতে পারে)	গ্রামীণ ব্যাংক A ব্র্যাকের (BRAC)..... B আশা C অন্যান্য <input type="text"/> অন্যান্য <input type="text"/> কোন সংস্থা / NGO-এর সদস্য নন Z	
112 আপনার খানার কেউ কি কোন NGO /সংস্থা থেকে টাকা ঋন নিয়েছেন?	হ্যাঁ..... 1 না 2 জানেন না 9	

200. NUTRITION COUNSELING SECTION

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
201 আপনি কি কখনও এই কার্ডটি দেখেছেন? (NNP Card-টি দেখাতে হবে)	হ্যাঁ 1 না 2 জানেন না/ মনে নাই 9	→ 206 → 206
202 এই কার্ড দিয়ে কি বোঝানো হয়, তা বলতে পারেন কি? (প্রোব করবেন না)	পুষ্টি, খাবার, খাবার খাওয়ানো, দেহের বৃদ্ধি, অথবা এরকম কোন বিষয়..... 1 জানেন না 2 অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন): 7	
203 <শিশুর> জন্য কখনও এই কার্ডটি দেয়া হয়েছে কি? (NNP Card-টি দেখাতে হবে)	হ্যাঁ 1 না 2 জানেন না..... 9	→ 205 → 205
204 আপনি আমাকে কার্ডটি দেখাতে পারেন কি?	NNP Card -টি দেখিয়েছেন 1 অন্য কার্ড দেখিয়েছেন 2 কোন কার্ড দেখান নি 3	→ 206 → 206

QUESTIONS AND FILTERS		CODING CATEGORIES		SKIP
205	কত মাস আগে কার্ডটি দেয়া/দেখানো হয়েছে? [পূর্ণ মাসে লিখুন]		_____ মাস	
206	আপনি কি কখনও এই কার্ডটি দেখেছেন? (IMCI Mothers Card-টি দেখাতে হবে)	হ্যাঁ 1 না 2 জানেন না/ মনে নাই 9		→ 210 → 210
207	এই কার্ড দিয়ে কি বোঝানো হয়, তা বলতে পারেন কি? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রোব করবেন না।	পুষ্টি, খাবার, খাবার খাওয়ানো অথবা এরকম কোন বিষয় A কখন হাসপাতালে নিয়ে যেতে হবে B টিকা C জানেন না/ মনে নাই D অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন): X		
208	এই কার্ড আপনাকে কে দেখিয়েছেন? (একাধিক উত্তর সম্ভব)	স্বাস্থ্যকর্মী অথবা স্বাস্থ্য কেন্দ্রে কাজ করেন এরকম কেউ A অন্য কোন ব্যক্তি B পুষ্টি আপা C স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রের দেয়ালে সাঁটা/টেবিলে ছিল D অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন) X জানেন না/মনে নাই Z		
209	কত মাস আগে কার্ডটি দেখানো হয়েছে? [পূর্ণ মাসে লিখুন]		_____ মাস	
210	এই দুটি কার্ড (NNP Card এবং IMCI Mother's Card)-ছাড়া অন্য কোন কার্ড (স্বাস্থ্য সেবা সম্পর্কিত) আপনার কাছে আছে কি ?	হ্যাঁ, আছে 1 না, নেই 2 জানেন না /মনে নাই 9		→ 212 → 212
211	অন্য কোন কার্ড (স্বাস্থ্য সেবা সম্পর্কিত) থাকলে সেই কার্ডটি দেখে কার্ডের নাম ও বর্ণনা লিখুন?			
212	জন্ম তারিখ দেখে শিশুর বয়স নির্ধারণ করুন। বয়স ২ বছরের কম হলে মা'কে প্রশ্ন করুন: "সে কি এখনও বুকের দুধ খায়?", এবং উত্তর শুনে 1 বা 2, যেটি প্রযোজ্য, কোড করুন। শিশুর বয়স দুই বছর বা তার বেশী হলে 3 কোড করুন।	২ বছরের কম ও এখনও বুকের দুধ খায় 1 ২ বছরের কম কিন্তু এখন বুকের দুধ খায় না.. 2 ২ বছর বা তার বেশী বয়স 3		→ 214 → 214
213	স্বাস্থ্যকর্মী তার সামনে শিশুকে বুকের দুধ খাওয়ানোর জন্য আপনাকে বলেছিল কি?	হ্যাঁ 1 না 2 জানেন না 9		
214	আপনি কি বলতে পারেন শিশুকে কত বয়স পর্যন্ত শুধুমাত্র বুকের দুধ খাওয়ানো উচিত এবং অন্য কিছু (যেমন, অন্য কোন খাবার, অন্য দুধ, পানি, চা, ইত্যাদি) খাওয়ানো উচিত নয়?		_____ মাস জানেন না = 98	
215	আপনি কি আমাকে বলতে পারেন যে, একটি আট মাসের শিশুকে বুকের দুধ ছাড়াও আর কোন কোন খাবার দেয়া যেতে পারে? [প্রোব করবেন না]		বলেছেন বলেন নি	
	ভাত, জাউ, ঝিচুড়ি, ডাল-ভাত, হালুয়া ইত্যাদি 1 2			
	শাক, আলু, সবজী, ইত্যাদি 1 2			
	ডিম, দুধ, মাছ, মাংস, ইত্যাদি 1 2			
	কলা, পেঁপে, আম ইত্যাদি (হলুদ ফল) 1 2			
	অন্য (লিখুন) _____			
	অন্য (লিখুন) _____			
	অন্য (লিখুন) _____			
216	বাচ্চার বয়স কি 2 বৎসরের কম ? [প্রথম পৃষ্ঠা দেখুন]	হ্যাঁ 1 না 2		→ 219
217	গত এক মাসের মধ্যে পুষ্টি আপা <নাম> -এর ওজন নিয়েছেন কি ?	হ্যাঁ 1 না 2		
218	গত এক মাসের মধ্যে <নাম> -কি পুষ্টি-কেন্দ্রের পুষ্টি খেয়েছে ?	হ্যাঁ 1 না 2		

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
219 বাচ্চার মা কি বর্তমানে গর্ভবতী ? (অথবা বাচ্চা যার কাছে পালিত হচ্ছে)	হ্যাঁ 1 না 2 → জানেন না 9 →	220a 220a
220 গত এক মাসের মধ্যে বাচ্চার মা কি পুষ্টি-কেন্দ্রের পুষ্টি খেয়েছেন ? (অথবা বাচ্চা যার কাছে পালিত হচ্ছে)	হ্যাঁ 1 না 2	
220a উত্তরদাত্রী এবং পুষ্টি আপার মধ্যে সম্পর্ক (Interviewer will fill up)	উত্তরদাত্রী নিজেই পুষ্টি আপা 1 → উত্তরদাত্রী এবং পুষ্টি আপা একই খানায়/বাড়ীতে থাকেন 2 → উপরের কোনটাই প্রযোজ্য নয় 3	231 225
221 পুষ্টি আপা গত ১ মাসের মধ্যে কত বার আপনার বাড়ীতে এসেছেন?	_____ বার	
222 পুষ্টি আপা গত ৩ মাসের মধ্যে কত বার আপনার বাড়ীতে এসেছেন?	_____ বার	
223 পুষ্টি আপার সাথে আপনার শেষ কবে দেখা হয়েছে ? (১ দিনের কম হলে ০০, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	দিন আগে 1 _____ মাস আগে 2 _____ পুষ্টি আপার সাথে কখনও দেখা হয়নি .. 3 → জানিনা /মনে নাই..... 998	231
224 পুষ্টি আপার সাথে আপনার শেষ কোথায় দেখা হয়েছে ?	বাড়ীতে 1 পথে 2 পুষ্টি কেন্দ্রে 3 স্বাস্থ্য কেন্দ্রে 4 অন্যান্য 7 জানেন না/মনে নাই..... 9	
225 পুষ্টি আপার নাম কি ?	_____	
226 পুষ্টি আপার সাথে স্বাস্থ্য সেবা / শিশুর খাবার নিয়ে কি কখনও কোন আলোচনা / কথা হয়েছে কি ?	হ্যাঁ 1 না 2 → জানেন না/মনে নাই..... 9 →	229 229
227 পুষ্টি আপার সাথে আপনার কি কি বিষয় নিয়ে আলোচনা / কথা হয়েছিল ? কোন বিষয় নিয়ে আলোচনা / কথা হয়ে থাকলে জিজ্ঞেস করুন কত দিন আগে কথা হয়েছিল ? (একাধিক উত্তর সম্ভব)	গর্ভবতী / প্রসূতী মহিলার যত্ন 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ শিশুকে বুকের দুধ (শালদুধ/শুধুমাত্র বুকের দুধ) খাওয়ানোর ব্যাপারে 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ শিশুর বাড়তি খাবার দেয়া প্রসঙ্গে (কি খাওয়াতে হবে/ কখন শুরু করতে হবে) .. 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ শিশুর অসুস্থতা চিহ্নিত করা..... 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ নিউমোনিয়া রোগ সম্বন্ধে (রোগের বিপদজনক চিহ্ন / লক্ষণ/ ঘরে চিকিৎসা বা কখন হাসপাতালে নিতে হবে) 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ ডায়রিয়া রোগ সম্বন্ধে (রোগের বিপদজনক চিহ্ন / লক্ষণ/ ঘরে চিকিৎসা বা কখন হাসপাতালে নিতে হবে) 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ যে সকল রোগের বাড়ীতে চিকিৎসা সম্ভব..... 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ অসুস্থ শিশুকে কোথায় নিয়ে যেতে হবে 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ এই এলাকার স্বাস্থ্য কেন্দ্রে কি কি সেবা পাওয়া যায়..... 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন) 1 2 ↓ কত দিন আগে _____ জানেন না/মনে নাই 1 2 ↓ কত দিন আগে _____	
228 আপনার কি মনে হয় উপরের বিষয়গুলো নিয়ে আপনার মনে যে সব প্রশ্ন আছে সেগুলো নিয়ে খোলামেলাভাবে পুষ্টি আপার সাথে আলোচনা করতে পেরেছেন ?	হ্যাঁ 1 না 2 জানেন না/মনে নাই..... 9	
229 পুষ্টি আপা আপনার অথবা আপনার শিশুর পুষ্টি /স্বাস্থ্য সেবা নিয়ে পরিবারের অন্য কোন সদস্য-এর সাথে আলোচনা করেছেন কি ?	আলোচনা করেছেন 1 অন্য কারো সাথে আলোচনা করেন নি 2 → জানেন না/মনে নাই..... 9 →	231 231

QUESTIONS AND FILTERS		CODING CATEGORIES		SKIP
230	পুষ্টি আপা পরিবারের কার কার সাথে আপনার অথবা আপনার শিশুর পুষ্টি/স্বাস্থ্য সেবা নিয়ে আলোচনা করেছেন? (একাধিক উত্তর সম্ভব)	স্বামী.....A শাশুড়ী.....B শ্বশুর.....C মা.....D বাবা.....E শ্বশুর বাড়ীর অন্য লোকজন.....F মা'র বাড়ীর অন্য লোকজন.....G জানেন না/মনে নাই.....Z		
231	পুষ্টি আপা ছাড়া অন্য কেউ কি আপনার সাথে আপনার অথবা আপনার শিশুর স্বাস্থ্য সেবা / পুষ্টি নিয়ে আলোচনা করেছেন / কথা বলেছেন কি ?	হ্যাঁ.....1 না.....2 জানেন না/মনে নাই.....9	→ 234 → 234	
232	কে আলোচনা করেছেন? (একাধিক উত্তর সম্ভব)	স্বাস্থ্য কেন্দ্রে কাজ করেন (MA/SACMO/FWV) এরকম কেউ.....A স্বাস্থ্যকর্মী (HA/FWA).....B অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন).....X জানেন না/মনে নাই.....Z		
233	শেষ কবে/কত দিন আগে কথা/আলোচনা হয়েছিল? (১ দিনের কম হলে ০০, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	দিন আগে.....1 মাস আগে.....2 জানেন না/মনে নাই.....998	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
234	আপনি কি জানেন, আপনার এলাকায় মা এবং শিশুর স্বাস্থ্য সেবা / খাবার নিয়ে কোন মিটিং হয়েছে কিনা ?	হ্যাঁ, হয়েছে.....1 না, হয়নি.....2 জানেন না/মনে নাই.....9	→ 239 → 239	
235	শেষ কবে/কত দিন আগে মিটিং হয়েছে? (১ দিনের কম হলে ০০, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	দিন আগে.....1 মাস আগে.....2 জানেন না/মনে নাই.....998	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
236	আপনি বা আপনার পরিবারের কেউ কি সেই মিটিং-এ গিয়েছেন ?	হ্যাঁ.....1 না.....2 জানেন না/মনে নাই.....9	→ 239 → 239	
237	আপনি বা আপনার পরিবারের কে কে সেই মিটিং-এ গিয়েছেন? (একাধিক উত্তর সম্ভব)	উত্তরদাত্রী নিজে উপস্থিত ছিলেন.....A স্বামী.....B শাশুড়ী.....C শ্বশুর.....D মা.....E বাবা.....F শ্বশুর বাড়ীর অন্য লোকজন.....G মা'র বাড়ীর অন্য লোকজন.....H জানেন না/মনে নাই.....Z		
238	সেই সভায় কি কি বিষয় নিয়ে আলোচনা হয়েছিল? (একাধিক উত্তর সম্ভব)	গর্ভবতী / প্রসূতী মহিলার যত্ন.....A শিশুকে বুকের দুধ (শালদুধ/তুধুমাড় বুকের দুধ) খাওয়ানোর ব্যাপারে.....B শিশুর বাড়তি খাবার দেয়া প্রসঙ্গে (কি খাওয়াতে হবে/ কখন শুরু করতে হবে).....C শিশুর অসুস্থতা চিহ্নিত করা.....D নিউমোনিয়া রোগ সম্বন্ধে (রোগের বিপদজনক চিহ্ন / লক্ষণ/ ঘরে চিকিৎসা বা কখন হাসপাতালে নিতে হবে).....E ডায়রিয়া রোগ সম্বন্ধে (রোগের বিপদজনক চিহ্ন / লক্ষণ/ ঘরে চিকিৎসা বা কখন হাসপাতালে নিতে হবে).....F যে সকল রোগের বাড়ীতে চিকিৎসা সম্ভব.....G অসুস্থ শিশুকে কোথায় নিয়ে যেতে হবে.....H এই এলাকার স্বাস্থ্য কেন্দ্রে কি কি সেবা পাওয়া যায়.....I অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন) :.....X জানেন না/মনে নাই.....Z	[প্রোব করবেন না]	

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
239 আপনার গ্রামে / এলাকায় মা এবং শিশুর স্বাস্থ্য সেবা বা খাবার - এরকম কোন বিষয় নিয়ে নাটক হয়েছে কি?	হ্যাঁ.....1 না.....2 → 243 জানেন না/মনে নাই.....9 → 243	
240 শেষ কবে হয়েছে ? (১ দিনের কম হলে ০০, ৩০ দিনের কম হলে দিনে এবং ৩০ দিন বা তার বেশী হলে পূর্ণ মাসে লিখুন)	দিন আগে 1 <input type="text"/> মাস আগে 2 <input type="text"/> জানিনা/মনে নাই 998	
241 আপনি বা আপনার পরিবারের কেউ কি সেই নাটক দেখতে গিয়েছেন ?	হ্যাঁ.....1 না.....2 → 243 জানেন না/মনে নাই.....9 → 243	
242 আপনি বা আপনার পরিবারের কে কে সেই নাটক দেখতে গিয়েছেন ? (একাধিক উত্তর সম্ভব)	উত্তরদাত্রী নিজে উপস্থিত ছিলেন .....A স্বামী.....B শাশুড়ী.....C শ্বশুর .....D মা .....E বাবা .....F শ্বশুর বাড়ীর অন্য লোকজন .....G মা'র বাড়ীর অন্য লোকজন .....H জানেন না/মনে নাই.....Z	
243 Q.236 অথবা Q241 - এ হ্যাঁ কোড বৃত্তায়িত হলে উত্তরদাতাকে (মাকে) জিজ্ঞেস করুন - মিটিং -এ যাওয়ার পর অথবা নাটক দেখার পর আপনার বাড়ীতে আপনার অথবা আপনার শিশুর স্বাস্থ্য সেবা বা খাবার নিয়ে কি কোন আলোচনা হয়েছিল ?	হ্যাঁ.....1 না.....2 → 245 প্রয়োজ্য নয়.....3 → 245 জানেন না/মনে নাই.....9 → 245	
244 কে কে আলোচনা করেছিলেন ? (একাধিক উত্তর সম্ভব)	স্বামী.....A শাশুড়ী.....B শ্বশুর .....C মা .....D বাবা .....E শ্বশুর বাড়ীর অন্য লোকজন .....F মা'র বাড়ীর অন্য লোকজন .....G জানেন না/মনে নাই.....Z	
245 শিশুর বয়স ৬ মাসের কম হলে মাকে জিজ্ঞেস করুন শিশুর জন্য মায়ের বুকের দুধ যথেষ্ট কি না ?	হ্যাঁ.....1 না.....2 প্রয়োজ্য নয়.....3 জানেন না/মনে নাই.....9	

300. BEDNET SECTION

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
301 <শিশুটি> গত রাতে মশারির ভিতর ঘুমিয়েছিল কি?	হ্যাঁ.....1 → 401 না.....2 জানেন না.....9 → 401	
302 কেন ঘুমায়নি? _____ _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	

400. VACCINATION SECTION

QUESTIONS AND FILTERS		CODING CATEGORIES		SKIP	
401	<শিশুর> কোন টিকাদান কার্ড আছে কি বা অন্য কোন কার্ড আছে যেখানে টিকাদানের তারিখ লেখা আছে?	হ্যাঁ.....1 না.....2 → জানেন না.....9 →		405 405	
402	আমি কি কার্ডটি দেখতে পারি?	কার্ড দেখিয়েছেন.....1 কার্ড দেখান নি.....2 →		405	
403	নিচের টেবিলে টিকাদান কার্ড থেকে টিকাদানের সবগুলি তারিখ টুকে নিনঃ				
	টিকা	ডোজ 1	ডোজ 2	ডোজ 3	ডোজ 4
	বিসিজি	___/___/___			
	ডিপিটি	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
	পোলিও	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	হাম	___/___/___			
404	কার্ডে যেসব টিকা-ডোজ দেখানো হয়েছে সেগুলি ছাড়া <শিশুকে> আর কোন টিকা দেয়া হয়েছে কি?	হ্যাঁ.....1 না.....2 → জানেন না.....9 →		501 501	
404a	কার্ডের বাইরে কি কি টিকা দিয়েছেন ?	টিকার নাম	কত বার		
		
		
		
				→ 501	
405	যক্ষ্মা থেকে রক্ষার জন্য <শিশুকে> কখনও বিসিজি টিকা দেয়া হয়েছিল কি? -- অর্থাৎ তার বাম বাহুর উপরের অংশে একটি ইনজেকশন দেয়া হয়েছিল কি, যার ফলে সেখানে একটি দাগ সৃষ্টি হয়েছিল?	হ্যাঁ.....1 না.....2 জানেন না.....9			
406	শিশুর বাম বাহুর উপরের অংশে বিসিজি টিকার দাগ আছে কি না পরীক্ষা করে দেখুনঃ	দাগ আছে.....1 দাগ নেই.....2 পরীক্ষা করা সম্ভব হয়নি/দাগ আছে কিনা বলা সম্ভব হয়নি.....9			
407	<শিশুকে> কখনও ধনুস্টংকার, হুপিং কাশি, ডিপথেরিয়া থেকে রক্ষার জন্য উরুতে ডিপিটি 'টিকা-ইনজেকশন' দেয়া হয়েছে কি?	হ্যাঁ.....1 না.....2 → জানেন না.....9 →		409 409	
408	কতবার ডিপিটি 'টিকা-ইনজেকশন' দেয়া হয়েছে? [জানিনা হলে 98 লিখুন]	..... বার		
409	পোলিও থেকে রক্ষার জন্য <শিশুকে> কখনও কোন টিকার ড্রপ মুখে খাওয়ানো হয়েছে কি?	হ্যাঁ.....1 না.....2 → জানেন না.....9 →		411 411	
410	কতবার পোলিও টিকা খাওয়ানো হয়েছে? [জানিনা হলে 98 লিখুন]	..... বার		
411	হাম থেকে রক্ষার জন্য <শিশুকে> 9 মাস পূর্ণ হলে বা তার পরে তার উরুতে কখনও 'টিকা-ইনজেকশন' দেয়া হয়েছে কি?	হ্যাঁ.....1 না.....2 জানেন না.....9			

500. VITAMIN A SECTION

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
501 <শিশুকে> কখনও এই রকম দেখতে ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল খাওয়ানো হয়েছে কি-- যা থেকে টিপে সর্ষা তেলের মত কিছু শিশুর মুখে দেয়া হয়েছিল?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 → জানেন না..... 9 →	503 503
502 কত মাস আগে <শিশু> সর্বশেষ ডোজ পেয়েছে? [পূর্ণ মাসে লিখুন, জানা না থাকলে 98]	_____ মাস আগে	
503 শিশুর বয়স কত? [প্রথম পৃষ্ঠা দেখুন]	2 বছর বা তার বেশি..... 1 2 বছরের কম 2 →	601
504 আপনার শিশু দিনের বেলা চোখে দেখতে কোন রকম অসুবিধা বোধ করে কি?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 জানেন না..... 9	
505 আপনার শিশু রাতের বেলা চোখে দেখতে কোন রকম অসুবিধা বোধ করে কি?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 → জানেন না..... 9 →	507 507
506 আপনার শিশুর এই যে সমস্যা, একই রকম সমস্যা এই এলাকার অন্যান্য শিশুদের মধ্যেও আছে কি? না কি আপনার শিশুর চোখের সমস্যা তাদের থেকে আলাদা?	একই রকম..... 1 অন্যদের চেয়ে আলাদা 2 অন্য..... 7 জানেন না..... 9	
507 আপনার শিশুর কি রাতকানা রোগ (কুকরী আন্দার) আছে?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 জানেন না..... 9	

600. MISCELLANEOUS MORBIDITY SECTION

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
601 কখনও কখনও ছেলেমেয়েদের কঠিন রোগ-ব্যাধি হয় এবং তখন তাদেরকে অবিলম্বে চিকিৎসার জন্য হাসপাতালে/ ডাক্তারের কাছে নিয়ে যেতে হয়। কি ধরনের লক্ষণ দেখলে আপনি আপনার শিশুকে সাথে সাথেই চিকিৎসার জন্য হাসপাতালে বা ডাক্তারের কাছে নিয়ে যাবেন? [প্রাথ করবেন না]	উল্লেখ করেছেন উল্লেখ করেন নি	
যদি শিশু পানি বা বুকের দুধ খেতে না পারে.....	1..... 2	
যদি শিশু বেশি অসুস্থ হয়ে পড়ে.....	1..... 2	
যদি শিশুর জ্বর হয়.....	1..... 2	
যদি শিশুর ঠান্ডা বা কাশীর সাথে শ্বাস-প্রশ্বাস দ্রুত হয়.....	1..... 2	
যদি শিশুর ঠান্ডা বা কাশীর সাথে শ্বাস-কষ্ট হয়.....	1..... 2	
যদি শিশুর পাতলা পায়খানা বা ডাইরিয়ার সাথে রক্ত যায়.....	1..... 2	
যদি শিশু পাতলা পায়খানা বা ডাইরিয়ার সাথে পানি/দুধ কম খায়.....	1..... 2	
যদি শিশুর খিচুনি হয়.....	1..... 2	
যদি শিশু অজ্ঞান/নিস্তেজ হয়ে পড়ে.....	1..... 2	
যদি শিশু সব কিছু বমি করে দেয়.....	1..... 2	
যদি শিশুর দুর্ঘটনা হয়.....	1..... 2	
যদি শিশুর ঠান্ডা বা কাশী হয়.....	1..... 2	
যদি শিশুর খুব পাতলা পায়খানা হয়.....	1..... 2	
অন্য [নির্দিষ্ট করুন].....	.....
অন্য [নির্দিষ্ট করুন].....	.....
অন্য [নির্দিষ্ট করুন].....	.....

QUESTIONS AND FILTERS		CODING CATEGORIES	SKIP
602	কোন শিশু অসুস্থ হলে, আপনি কি তাকে স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি খাবার খেতে দেবেন, নাকি কম খাবার দেবেন, নাকি মোটামুটি একই পরিমাণ খাবার দেবেন?	কিছুই না 1 স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম 2 স্বাভাবিকের তুলনায় কিছুটা কম 3 মোটামুটি একই পরিমাণ 4 স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি 5 শিশু যেমন খেতে চায় 6 জানেন না 9	
603	আপনার বাড়ি থেকে সবচেয়ে কাছের স্বাস্থ্য কেন্দ্র কোনটি, তা কি আপনি আমাকে বলতে পারেন?	হ্যাঁ 1 না 2 →	607b
604	স্বাস্থ্য কেন্দ্রটির নাম ঠিকানা বলুন: [আপনাকে দেয়া লিষ্টের সাহায্যে মহিলার সাথে আলাপ করুন এবং সঠিক উত্তর সম্পর্কে নিশ্চিত হোন] _____ _____ _____		
605	আপনার বাড়ি থেকে কেন্দ্রটি কত দূরে? সেখানে যেতে কত সময় লাগে? [জানিনা হলে 98 লিখুন]	দূরত্ব: _____ মাইল সময়: _____ ঘন্টা _____ মিনিট	
606	<শিশু> কে নিয়ে কখনও এই স্বাস্থ্য কেন্দ্রে গিয়েছিলেন কি?	হ্যাঁ 1 → না 2 জানেন না 9 →	607a 607a
607	কেন যান নি? _____ _____ _____		
607a	604 নং প্রশ্নে উত্তরদাত্রী আপনাকে যে স্বাস্থ্য কেন্দ্রের কথা বলেছেন তা উক্ত এলাকার জন্য নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য কেন্দ্রের নামের সাথে মিলেছে কি না দেখুন? (আপনাকে দেয়া লিষ্টের সাথে মিলিয়ে দেখুন)	হ্যাঁ, মিলেছে 1 → না, মিলেনি 2	608
607b	আপনার বাড়ি থেকে _____ _____ কেন্দ্রটি কত দূরে? সেখানে যেতে কত সময় লাগে? [জানিনা হলে 98 লিখুন]	দূরত্ব: _____ মাইল সময়: _____ ঘন্টা _____ মিনিট	
607c	<শিশু> কে নিয়ে কখনও এই স্বাস্থ্য কেন্দ্রে গিয়েছিলেন কি?	হ্যাঁ 1 → না 2 জানেন না 9 →	608 608
607d	কেন যান নি? _____ _____ _____		
608	গত এক বছরে, অর্থাৎ গত বছরের <মাস> থেকে এখন পর্যন্ত, <শিশু> কে কোন হাসপাতাল অথবা স্বাস্থ্য কেন্দ্রে ভর্তি করা হয়েছিল কি, অর্থাৎ, সেখানে কমপক্ষে ২৪ ঘন্টা থাকতে হয়েছিল?	হ্যাঁ 1 না 2 → জানেন না 9 →	701 701
609	কয় বার তাকে হাসপাতালে/স্বাস্থ্য কেন্দ্রে ভর্তি করা হয়েছিল? (গত এক বছরে)	_____ বার	

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
610 কি কি রোগের জন্য তাকে হাসপাতালে/স্বাস্থ্য কেন্দ্রে ভর্তি করা হয়েছিল? <i>(প্রতিবারের জন্য আলাদা আলাদা লিখুন, ভর্তির কারণ প্রোব করবেন না)</i>		
	হ্যাঁ	না
প্রথম বার:		
যে রোগের জন্য ভর্তি করা হয়েছিল তা জানা নাই বা মনে নাই.....	1 → (দ্বিতীয় বারে যান)...	2
নিউমোনিয়া.....	1.....	2
ডায়রিয়া.....	1.....	2
ম্যালেরিয়া.....	1.....	2
হাম.....	1.....	2
অপুষ্টি অথবা রক্ত স্বল্পতা.....	1.....	2
অন্যান্য: _____	_____	_____
অন্যান্য: _____	_____	_____
দ্বিতীয় বার:		
যে রোগের জন্য ভর্তি করা হয়েছিল তা জানা নাই বা মনে নাই.....	1 → (তৃতীয় বারে যান) ..	2
নিউমোনিয়া.....	1.....	2
ডায়রিয়া.....	1.....	2
ম্যালেরিয়া.....	1.....	2
হাম.....	1.....	2
অপুষ্টি অথবা রক্ত স্বল্পতা.....	1.....	2
অন্যান্য: _____	_____	_____
অন্যান্য: _____	_____	_____
তৃতীয় বার:		
যে রোগের জন্য ভর্তি করা হয়েছিল তা জানা নাই বা মনে নাই.....	1 → (চতুর্থ বারে যান)....	2
নিউমোনিয়া.....	1.....	2
ডায়রিয়া.....	1.....	2
ম্যালেরিয়া.....	1.....	2
হাম.....	1.....	2
অপুষ্টি অথবা রক্ত স্বল্পতা.....	1.....	2
অন্যান্য: _____	_____	_____
অন্যান্য: _____	_____	_____
চতুর্থ বার:		
যে রোগের জন্য ভর্তি করা হয়েছিল তা জানা নাই বা মনে নাই.....	1 → (701 গ্রুপে যান)....	2
নিউমোনিয়া.....	1.....	2
ডায়রিয়া.....	1.....	2
ম্যালেরিয়া.....	1.....	2
হাম.....	1.....	2
অপুষ্টি অথবা রক্ত স্বল্পতা.....	1.....	2
অন্যান্য: _____	_____	_____
অন্যান্য: _____	_____	_____

700. TWO-WEEK MORBIDITY SECTION

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
701 আজকে <শিশুর> কোন অসুখ বা স্বাস্থ্য সমস্যা আছে কি?	হ্যাঁ.....1 → না..... 2 জানেন না..... 9	703
702 গত দুই সপ্তাহে, অর্থাৎ গত সপ্তাহের আগের সপ্তাহের <বার> থেকে <শিশুর> কোন অসুখ বা স্বাস্থ্য সমস্যা হয়েছিল কি?	হ্যাঁ.....1 না..... 2 → জানেন না..... 9 →	STOP STOP
শিশু যদি আজকে অথবা গত দুই সপ্তাহের মধ্যে অসুখ হয়ে থাকে তবে পরের প্রশ্নগুলি পূরণ করুন। শিশু যদি একাধিক বার অসুখতায় ভুগে থাকে, তবে সর্বশেষটি সম্পর্কে প্রশ্ন করুন।		
703 <শিশুর> কতদিন থেকে অসুখ / অসুখ ছিল?	_____ দিন	
704 <শিশুর> কি এ সকল লক্ষণ ছিল বা আছে? [প্রোব করুন/]	হ্যাঁ না জানেন না	
খিঁচুনি.....	1 2 9	
সব সময় ঘুম ঘুম ভাব.....	1 2 9	
সব কিছু বমি করে ফেলে দিত.....	1 2 9	
পানি বা বুকের দুধ কম খেত বা খেতে পারত না.....	1 2 9	
জ্বর.....	1→কতদিন ধরে? _____ দিন 2 9	
কাশি.....	1→কতদিন ধরে? _____ দিন 2 9	
ডায়রিয়া**.....	1→কতদিন ধরে? _____ দিন 2 9	
শ্বাস-কষ্ট*.....	1→কতদিন ধরে? _____ দিন 2 9	
কানে ব্যাথা.....	1 2 9	
ক্ষুধা কম.....	1 2 9	
সর্দি বা নাক বন্ধ.....	1 2 9	
গলায় ব্যাথা.....	1 2 9	
চোখের সমস্যা.....	1 2 9	
দ্রুত শ্বাস-প্রশ্বাস*.....	1 2 9	
সমস্ত শরীরে দানা দানা বা গুটি গুটি.....	1 2 9	
অন্যান্য লক্ষণঃ.....	1 _____ 2	
অন্যান্য লক্ষণঃ.....	1 _____ 2	
অন্যান্য লক্ষণঃ.....	1 _____ 2	
যদি শ্বাস-কষ্ট বা দ্রুত শ্বাস-প্রশ্বাস (* যুক্ত লক্ষণ)-এ কোড 1 বৃত্তায়িত করা হয়ে থাকে, তবে 705 নং প্রশ্নটি জিজ্ঞাসা করুনঃ		
705 আপনি বললেন যে শিশুর <শ্বাস-কষ্ট বা দ্রুত শ্বাস-প্রশ্বাস> হয়েছে/হয়েছিল। এটি কি তার বুকের কোন সমস্যার জন্য হয়েছে/হয়েছিল না কি তার নাক বন্ধ থাকার কারণে হয়েছে/হয়েছিল?	বুকের সমস্যা..... 1 বন্ধ নাক..... 2 উভয়..... 3 অন্যান্যঃ..... _____ জানেন না..... 9	
যদি ডায়রিয়া (**যুক্ত)-এ কোড 1 বৃত্তায়িত করা হয়ে থাকে, তবে 706 নং প্রশ্নটি জিজ্ঞাসা করুনঃ		

QUESTIONS AND FILTERS		CODING CATEGORIES			SKIP																												
706 ডায়রিয়া চলাকালে <শিশু>: (প্রোব করুন) দিনে কতবার পাতলা পায়খানা করেছিল? [যেদিন সবচেয়ে বেশী বার পায়খানা করেছিল] বার বার বমি করেছিল কি? বেশি বেশি পানি খেতে চেয়েছিল কি? পানি/খাবার খাচ্ছিল না বা ঠিকমতো খাচ্ছিল না কি? পায়খানায় রক্ত ছিল কি? সুস্থ হচ্ছিল না/আরো অসুস্থ হচ্ছিল/খুব অসুস্থ হচ্ছিল?		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>বার</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> <td>জানেন না</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </table>				বার			হ্যাঁ	না	জানেন না		1	2	9		1	2	9		1	2	9		1	2	9		1	2	9		
	বার																																
হ্যাঁ	না	জানেন না																															
1	2	9																															
1	2	9																															
1	2	9																															
1	2	9																															
1	2	9																															
পরের প্রশ্নগুলি (707-713) গত দুই সপ্তাহের মধ্যে বা আজকে - যে কোন অসুস্থতার জন্যই প্রযোজ্য																																	
707 আপনার মতে, <শিশুর> অসুখ কি সামান্য ছিল, না মোটামুটি ছিল, না কি মারাত্মক ছিল?		<table border="1"> <tr> <td>সামান্য ছিল</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>মোটামুটি ছিল</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>মারাত্মক ছিল</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>অন্যান্য:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>জানেন না</td> <td>9</td> </tr> </table>			সামান্য ছিল	1	মোটামুটি ছিল	2	মারাত্মক ছিল	3	অন্যান্য:		জানেন না	9																			
সামান্য ছিল	1																																
মোটামুটি ছিল	2																																
মারাত্মক ছিল	3																																
অন্যান্য:																																	
জানেন না	9																																
708 আপনার কি মনে হয় যে এরকম অসুস্থতার জন্য বাচচার অবস্থা মারাত্মক বা খুব খারাপ হয়ে যেতে পারে? আপনার নিজের অভিজ্ঞতার কথা চিন্তা করে বলুন।		<table border="1"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>জানেন না</td> <td>9</td> </tr> </table>			হ্যাঁ	1	না	2	জানেন না	9																							
হ্যাঁ	1																																
না	2																																
জানেন না	9																																
709 <শিশুর> যখন অসুখ চলছিল, সে কি তখন স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম তরল/পানীয় (বুকের দুধ বা অন্য দুধ সহ) খাচ্ছিল, নাকি স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি খাচ্ছিল, নাকি মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণেই খাচ্ছিল?		<table border="1"> <tr> <td>কিছুই না</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>স্বাভাবিকের তুলনায় কিছু কম</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণে</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>জানেন না</td> <td>9</td> </tr> </table>			কিছুই না	1	স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম	2	স্বাভাবিকের তুলনায় কিছু কম	3	মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণে	4	স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি	5	জানেন না	9																	
কিছুই না	1																																
স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম	2																																
স্বাভাবিকের তুলনায় কিছু কম	3																																
মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণে	4																																
স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি	5																																
জানেন না	9																																
710 <শিশুর> যখন অসুখ চলছিল, সে কি তখন স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম খাবার খাচ্ছিল, নাকি স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি খাচ্ছিল, নাকি মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণেই খাচ্ছিল?		<table border="1"> <tr> <td>কিছুই না</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>স্বাভাবিকের তুলনায় কিছু কম</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণে</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>শিশু শুধু বুকের দুধ খায়</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>জানেন না</td> <td>9</td> </tr> </table>			কিছুই না	1	স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম	2	স্বাভাবিকের তুলনায় কিছু কম	3	মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণে	4	স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি	5	শিশু শুধু বুকের দুধ খায়	8	জানেন না	9															
কিছুই না	1																																
স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম	2																																
স্বাভাবিকের তুলনায় কিছু কম	3																																
মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণে	4																																
স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি	5																																
শিশু শুধু বুকের দুধ খায়	8																																
জানেন না	9																																
710a শিশুর অসুখের সময়/ অসুখের জন্য মায়ের খাবারের কোন পরিবর্তন হয়েছে কি ?		<table border="1"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>2</td> <td>→ 711</td> </tr> <tr> <td>জানেন না/মনে নাই</td> <td>9</td> <td>→ 711</td> </tr> </table>			হ্যাঁ	1		না	2	→ 711	জানেন না/মনে নাই	9	→ 711																				
হ্যাঁ	1																																
না	2	→ 711																															
জানেন না/মনে নাই	9	→ 711																															
710b কি কি পরিবর্তন হয়েছে ? (একাধিক উত্তর সম্ভব) (প্রয়োজনে প্রোব করুন)		<table border="1"> <tr> <td>রাতে ভাত খায় না</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>ঠাণ্ডা খাবার যেমন কলা, পেপে ইত্যাদি খায় না</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>পানি কম খায় / পানি গরম করে খায় তবে সেটাও কম খায়</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>বাসি খাবার খায় না</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন):</td> <td>X</td> </tr> </table>			রাতে ভাত খায় না	A	ঠাণ্ডা খাবার যেমন কলা, পেপে ইত্যাদি খায় না	B	পানি কম খায় / পানি গরম করে খায় তবে সেটাও কম খায়	C	বাসি খাবার খায় না	D	অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন):	X																			
রাতে ভাত খায় না	A																																
ঠাণ্ডা খাবার যেমন কলা, পেপে ইত্যাদি খায় না	B																																
পানি কম খায় / পানি গরম করে খায় তবে সেটাও কম খায়	C																																
বাসি খাবার খায় না	D																																
অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন):	X																																
711 <শিশু> যখন অসুস্থ ছিল, আপনি তখন তার জন্য বাড়ির বাইরে কারও কাছে থেকে বা কোথাও থেকে চিকিৎসা সেবা চেয়েছিলেন/নিয়েছিলেন কি?		<table border="1"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>2</td> </tr> </table>			হ্যাঁ	1	না	2	→ A02																								
হ্যাঁ	1																																
না	2																																
711a (নাম)-এর অসুখ শুরু হওয়ার ঠিক কতক্ষণ পরে তাকে চিকিৎসার জন্য বাড়ির বাইরে কারও কাছে নিয়ে যাওয়া হয়েছিল বা কোথাও থেকে চিকিৎসা সেবা নেয়া হয়েছিল ? (এক ঘন্টার কম হলে ০০ লিখুন, ১ দিনের কম হলে ঘন্টায় এবং ৩০ দিনের কম হলে দিনে লিখুন)		<table border="1"> <tr> <td>ঘন্টা পর</td> <td>1</td> <td>□□□</td> </tr> <tr> <td>দিন পর</td> <td>2</td> <td>□□□</td> </tr> <tr> <td>জানি না</td> <td>998</td> <td></td> </tr> </table>			ঘন্টা পর	1	□□□	দিন পর	2	□□□	জানি না	998																					
ঘন্টা পর	1	□□□																															
দিন পর	2	□□□																															
জানি না	998																																

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
<p>712 শিশুর এই অসুখের জন্য আপনি প্রথম কোথায় বা কার কাছে সেবা/চিকিৎসা চেয়েছিলেন? প্রথম উত্তরের পর জিজ্ঞাসা করুনঃ এরপর আপনি আবার প্রথমে যার কাছে গিয়েছিলেন তার কাছেই আবার গিয়েছিলেন, নাকি অন্য কারো কাছে গিয়েছিলেন?</p> <p><i>এভাবে, যতক্ষণ পর্যন্ত না সকল সেবা প্রদানকারীর নাম উল্লেখ করা হয়, ততক্ষণ পর্যন্ত প্রশ্ন করতে থাকুন। প্রথম সেবা প্রদানকারীর জন্য 1 লিখুন, দ্বিতীয় সেবা প্রদানকারীর জন্য লিখুন 2 (যদি প্রযোজ্য হয়), এবং এইভাবে চলতে থাকবে। যদি কোনো সেবা প্রদানকারীর কাছে সেবা চাওয়া না হয়ে থাকে তবে 0 লিখুন। যদি একজন সেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে একাধিক বার সেবা গ্রহণ করা হয়ে থাকে, তবে উভয় কলামই পূরণ করুন। নির্ধারিত খালি স্থানে স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রের নাম ও ঠিকানা লিখবেন।</i></p>		

<p>সাক্ষাৎকার গ্রহনকারীর জন্য নির্দেশাবলী:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ গত দুই সপ্তাহে শিশুকে যতবার (712 নং প্রশ্নে উল্লেখিত) Group A স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর কাছে (যেমন: সরকারী হাসপাতালে, স্বাস্থ্য কেন্দ্রে অথবা ক্লিনিকে, অথবা প্রাইভেট স্বাস্থ্য কেন্দ্রে/ক্লিনিকে) নিয়ে যাওয়া হয়েছিল ততবারের জন্য আলাদা আলাদা PROVIDER AND COSTS MODULE পূরণ করুন। যদি একই সেবা প্রদানকারীর কাছে শিশুকে দুইবার নেওয়া হয়ে থাকে, তবে দুইটি PROVIDER AND COST MODULE পূরণ করুন-- প্রতি ভিজিটের জন্য একটি। □ গত দুই সপ্তাহে শিশুকে (712 নং প্রশ্নে উল্লেখিত) শুধুমাত্র Group B স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী এবং/ অথবা Group C-এর "অন্যান্য সেবা প্রদানকারীর" CODE 77 -র কাছে নিয়ে গেলে সরাসরি প্রশ্ন A02 -তে (Additional Drug Module) চলে যান। □ গত দুই সপ্তাহে শিশুকে (712 নং প্রশ্নে উল্লেখিত) Group C স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী যেমন মতলব উপজেলার বাইরের সরকারী হাসপাতালে, স্বাস্থ্য কেন্দ্রে অথবা ক্লিনিকে, অথবা প্রাইভেট স্বাস্থ্য কেন্দ্রে/ক্লিনিকে নিয়ে যাওয়া হয়ে থাকলে তার জন্য PROVIDER AND COSTS MODULE পূরণ করুন। যদি একই সেবা প্রদানকারীর কাছে শিশুকে দুইবার নেওয়া হয়ে থাকে, তবে দুইটি PROVIDER AND COST MODULE পূরণ করুন-- প্রতি ভিজিটের জন্য একটি। যদি শুধুমাত্র মতলব উপজেলার বাইরের কবিরাজ/হাকিম /হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার/ গ্রামা চিকিৎসক -এর কাছে নিয়ে যাওয়া হয় তবে সরাসরি প্রশ্ন A02 -তে (Additional Drug Module) চলে যান।

QUESTIONS AND FILTERS		CODING CATEGORIES		SKIP
Q712				
CODE Group A চিকিৎসা প্রদানকারী:				
66	আই,সি,ডি,ডি,আর'বি হাসপাতাল (মতলব)	___	___	→ P01
65	থানা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স (মতলব সরকারী হাসপাতাল)	___	___	→ P01
___	আই,সি,ডি,ডি,আর'বি সাব-সেন্টার	___	___	→ P01
___	সরকারী স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র বা ডিস্পেনসারি	___	___	→ P01
71	আই,সি,ডি,ডি,আর'বি মহিলা স্বাস্থ্যকর্মী	___	___	→ P01
72	সরকারী স্বাস্থ্যকর্মী	___	___	→ P01
88	এন,জি,ও স্বাস্থ্যকর্মী (BRAC / CARE / _____)	___	___	→ P01
42	স্যাটালাইট/ই,পি,আই ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
43	অন্য ভ্রাম্যমান ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
44	প্রাইভেট হাসপাতাল, স্বাস্থ্য কেন্দ্র অথবা ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
45	কমিউনিটি ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
61	প্রাইভেট এম,বি,বি,এস ডাক্তার _____	___	___	→ P01
67	SACMO / MA _____	___	___	→ P01
___	NGO ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
Group B চিকিৎসা প্রদানকারী: [কেবলমাত্র এসকল চিকিৎকদের বেলায় প্রোব করুন]:				
51	দাই	___	___	
52	গ্রাম্য চিকিৎসক _____	___	___	
53	হাতুড়ে/ঝাড়ফুক চিকিৎসক	___	___	
54	কবিরাজ/হাকিম	___	___	
55	হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার	___	___	
56	ফার্মেসী অথবা এলোপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা _____	___	___	
57	হোমিওপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা	___	___	
58	কবিরাজ/হাকিম/ ঝাড়ফুক ওষুধ বিক্রেতা	___	___	
59	আত্মীয় অথবা বন্ধুবান্ধব (বাড়ির বাইরে)	___	___	
Group C চিকিৎসা প্রদানকারী : [কেবলমাত্র মতলব উপজেলার বাইরের চিকিৎকদের বেলায় প্রযোজ্য]:				
মতলব উপজেলার বাইরের সরকারী স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র বা ডিস্পেনসারি				
___	_____	___	___	→ P01
80	ব্র্যাক সুস্বাস্থ্য (BRAC Shushasto) _____	___	___	→ P01
81	মতলব উপজেলার বাইরের সরকারী হাসপাতাল অথবা থানা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স	___	___	→ P01
82	প্রাইভেট হাসপাতাল, স্বাস্থ্য কেন্দ্র অথবা ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
83	NGO ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
84	প্রাইভেট এম,বি,বি,এস ডাক্তার _____	___	___	→ P01
85	SACMO / MA / FWV _____	___	___	→ P01
77	অন্যান্য সেবা প্রদানকারী (যেমন মতলব উপজেলার বাইরের কবিরাজ/হাকিম /হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার/গ্রাম্য চিকিৎসক)	___	___	
713	কোন IMCI কেন্দ্র থেকে সেবা নেয়া হয়েছিল কি? (Interviewer will fill up)	হ্যাঁ.....	1	
		না.....	2	
		জানেন না.....	9	

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION
Household Continuous Morbidity Monitoring Questionnaire
(September 2001)
Provider and Cost Module

পরিচিতিমূলক তথ্যাবলী:

ইউনিয়নের নাম/নম্বর _____

গ্রামের নাম/নম্বর _____

বাড়ীর নাম/নম্বর _____

গৃহকর্তার নাম/গৃহের নম্বর: _____

মাঠকর্মীর নাম/কোড নম্বর: _____

ইন্টারভিউয়ের তারিখ: ____ / ____ /200__

ভিজিটের ধরণ :

নিয়মিত ভিজিট 1

ইপিসোড ফলো-আপ ভিজিট 2

ভিজিট নম্বর :.....

বাচচার মায়ের নাম ও নম্বর: _____

বাচচার নাম ও নম্বর: _____

হাসপাতাল/স্বাস্থ্য কেন্দ্রের বা ডাক্তারের নাম ও কোড _____

712 / R20 প্রশ্নে যে নম্বরটি লিখেছেন সেটি লিখুন.....

গত দুই সপ্তাহে শিশুকে যতবার (712 / R20 নং প্রশ্নে উল্লেখিত) Group A স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর কাছে (যেমন: সরকারী হাসপাতালে, স্বাস্থ্য কেন্দ্রে অথবা ক্লিনিকে, অথবা প্রাইভেট স্বাস্থ্য কেন্দ্রে/ক্লিনিকে) নিয়ে যাওয়া হয়েছিল ততবারের জন্য আলাদা আলাদা PROVIDER AND COSTS MODULE পূরণ করুন। যদি একই সেবা প্রদানকারীর কাছে শিশুকে দুইবার নেওয়া হয়ে থাকে, তবে দুইটি PROVIDER AND COSTS MODULE পূরণ করুন-- প্রতি ভিজিটের জন্য একটি।

P00. PROVIDER'S SECTION

QUESTIONS AND FILTERS		CODING CATEGORIES		SKIP
P01	এটা কি আপনার বাড়ি থেকে সবচেহিতে কাছের স্বাস্থ্য কেন্দ্র/ক্লিনিক ছিল, যেটার কথা আপনি আগে বলেছেন (604 নং প্রশ্নে)?	হ্যাঁ..... 1 →	না..... 2	P04
P02	আপনার বাড়ি থেকে এই <হাসপাতাল/স্বাস্থ্য কেন্দ্র বা ডাক্তার> কত দূরে? এবং সেখানে যেতে কত সময় লাগে?	দূরত্ব: _____ মাইল	সময়: _____ ঘন্টা _____ মিনিট	
P03	সবচেহিতে কাছের ক্লিনিকে না গিয়ে কেন <শিশুকে> এই <হাসপাতাল/স্বাস্থ্য কেন্দ্র বা ডাক্তারের কাছে> নেয়া হয়েছিল? <i>[পূর্ণ উত্তর লিখবেন। প্রয়োজনে, মাকে এই বলে আশ্বস্ত করুন যে তিনি নির্বিধায় সঠিক উত্তর দিতে পারেন কারণ তার সকল কথাই গোপন রাখা হবে।]</i>	_____	_____	
P04	<হাসপাতাল/স্বাস্থ্য কেন্দ্রে> যিনি আপনার শিশুকে দেখেছিলেন বা <ডাক্তার> আপনার শিশুকে কোন হাসপাতাল বা অন্য কোন স্বাস্থ্য কেন্দ্রে নিয়ে যেতে বলেছিলেন?	হ্যাঁ..... 1	না..... 2 →	P07
		জানেন না..... 9 →		P07
P05	আপনি/তারা কি <শিশুকে> ঐ হাসপাতালে/স্বাস্থ্য কেন্দ্রে নিয়ে গিয়েছিলেন?	হ্যাঁ..... 1 →	না..... 2	P07
		জানেন না..... 9 →		P07
P06	কেন নিয়ে যান নি?	_____	_____	
		_____	_____	
		_____	_____	
P07	যিনি আপনার শিশুকে দেখেছিলেন তিনি কি <শিশুকে> কয়েক দিনের মধ্যে আবার তাকে নিয়ে যাওয়ার জন্য বলেছিলেন?	হ্যাঁ..... 1	না..... 2 →	C01
		জানেন না..... 9 →		C01
P08	<শিশুকে> আবার কখন নিয়ে যাওয়ার জন্য তিনি বলেছিলেন?	আজকের আগে..... 1	আজকের পরে..... 2 →	P11
		জানেন না..... 9 →		C01
P09	আপনি/তারা শিশুকে আবার নিয়ে গিয়েছিলেন কি?	হ্যাঁ..... 1 →	না..... 2	C01
		জানেন না..... 9 →		C01
P10	কেন নিয়ে যান নি?	_____	_____	
		_____	_____	
		_____	_____	
P11	আপনি তাকে আবার নিয়ে যাবেন কি?	হ্যাঁ..... 1 →	না..... 2	C01
		জানেন না..... 9 →		C01
P12	কেন নিয়ে যাবেন না?	_____	_____	
		_____	_____	
		_____	_____	

C00. CLIENT COSTS SECTION

আপনার শিশুকে <সেবা প্রদানকারীর> কাছে দেখানো সম্পর্কে এখন আমি আপনাকে কয়েকটা প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করতে চাই। এই প্রশ্নগুলি জিজ্ঞাসা করার উদ্দেশ্য হলো, আমরা জানতে চাই-- লোকজন ছেলেমেয়েদেরকে চিকিৎসার জন্য কোন স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে নিয়ে গেলে তাদেরকে কি পরিমাণ সময় এবং টাকা পয়সা খরচ করতে হয়।

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																														
C01 <সেবা প্রদানকারীর> আপনার বাড়িতে এসেছিল, না কি শিশুকে তার কাছে নিয়ে যাওয়া হয়েছিল?	সেবা প্রদানকারী বাড়িতে এসেছিল..... 1 → শিশুকে তার কাছে নিয়ে যাওয়া হয়েছিল..... 2 অন্য জায়গায়: _____	C13																														
C02 কে শিশুকে <সেবা প্রদানকারীর> কাছে নিয়ে গিয়েছিল? (একাধিক উত্তর হতে পারে)	মা..... 1 বাবা..... 2 অন্য কোন প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি: _____ কোন শিশু/কিশোর: _____																															
C03 আপনি/তারা কিভাবে সেখানে গিয়েছিলেন? যেতে কত সময় লেগেছিল? কত টাকা খরচ হয়েছিল?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>কোথা থেকে</th> <th>কোথায়</th> <th>যানবাহন</th> <th>সময় (মিনিটে)</th> <th>খরচ (টাকায়)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	কোথা থেকে	কোথায়	যানবাহন	সময় (মিনিটে)	খরচ (টাকায়)																										
কোথা থেকে	কোথায়	যানবাহন	সময় (মিনিটে)	খরচ (টাকায়)																												
C04 কিভাবে আপনি/তারা ফিরে এসেছিলেন? কত সময় লেগেছিল? কত টাকা খরচ হয়েছিল?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>কোথা থেকে</th> <th>কোথায়</th> <th>যানবাহন</th> <th>সময় (মিনিটে)</th> <th>খরচ (টাকায়)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	কোথা থেকে	কোথায়	যানবাহন	সময় (মিনিটে)	খরচ (টাকায়)																										
কোথা থেকে	কোথায়	যানবাহন	সময় (মিনিটে)	খরচ (টাকায়)																												
C05 <সেবা প্রদানকারীর> কাছে যাবার পর, শিশুকে দেখানোর কাজ সারতে কত সময় লেগেছিল? (অপেক্ষার সময়ও হিসাবে অন্তর্ভুক্ত করুন)	_____ ঘন্টা _____ মিনিট																															
C06 শিশুকে দেখিয়ে <সেবা প্রদানকারীর> কক্ষ/অফিস ছেড়ে চলে আসার পর, ওষুধ নিতে বা রক্ত/মল/মূত্র পরীক্ষা করতে আপনার/তাদের আরো সময় লেগেছিল কি?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 → C08 জানেন না..... 9 → C08																															
C07 কত সময়?	_____ ঘন্টা _____ মিনিট																															
C08 সেখানে যাওয়ার পথে অথবা সেখান থেকে ফিরে আসার পথে আপনাকে/তাদেরকে কোথাও রাত কাটাতে হয়েছিল কি? ক্লিনিক বা হাসপাতালে রাত কাটাতে হয়েছিল কি?	হ্যাঁ, পথে..... 1 হ্যাঁ, ক্লিনিক/হাসপাতালে..... 2 হ্যাঁ, পথে ও ক্লিনিক/হাসপাতালে..... 3 না..... 4 → C10 জানেন না..... 9 → C10																															
C09 রাত কাটানোর জন্য আপনাকে/তাদেরকে সর্বমোট কত টাকা খরচ করতে হয়েছিল?	_____ টাকা																															
C10 আপনার কাছ থেকে আমি সকল হিসাব ঠিকমতো লিখে নিয়েছি কি না সে ব্যাপারে নিশ্চিত হতে চাই। আপনি আবার আমাকে কষ্ট করে বলবেন কি, বাড়ি থেকে রওনা হওয়া এবং শিশুকে ডাক্তার দেখিয়ে আবার বাড়ি ফিরে আসা পর্যন্ত মোট কি পরিমাণ সময় লেগেছিল?	_____ দিন _____ ঘন্টা _____ মিনিট																															

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
C11 শিশুকে দেখাতে গিয়ে আপনাকে/তাদেরকে খাবার অথবা পানীয় কিনে খেতে হয়েছিল কি?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 → জানেন না..... 9 →	C13 C13
C12 মোট কত টাকা লেগেছিল?	|_|_|_|_| টাকা	
C13 শিশুকে চিকিৎসক দেখানোর জন্য আপনার/তারা কোন টাকা পয়সা চিকিৎসককে দিয়েছিলেন কি (ডিজিট)?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 → জানেন না..... 9 →	C15 C15
C14 মোট কত টাকা দিয়েছিলেন?	|_|_|_|_| টাকা	
C15 <সেবা প্রদানকারী> আপনার <শিশুকে> কোন ওষুধের, যেমন বড়ি, সিরাপ, ক্যাপসুল, অথবা ইনজেকশনের ব্যবস্থাপত্র (Prescription) দিয়েছিলেন কি? অথবা ওষুধ ব্যবহার করতে বলেছিলেন কি?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 → জানেন না..... 9 →	A01 A01
C16 এই সব ওষুধ পাওয়ার জন্য আপনাকে টাকাপয়সা খরচ করতে হয়েছিল কি?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 → জানেন না..... 9 →	C18 C18
C17 মোট কত টাকা?	|_|_|_|_| টাকা	
C18 শিশু যদি কোন ওষুধ নাও খেয়ে থাকে তবুও আমাকে বলুন, কি কি ওষুধের ব্যবস্থাপত্র দেয়া হয়েছিল, কি পরিমাণে (কত বোতল, বড়ি/টেবলেট, ইনজেকশন, ইত্যাদি)? প্রতি ওষুধের জন্য জিজ্ঞাসা করুনঃ এগুলি বিনামূল্যে পেয়েছিলেন, নাকি কিনতে হয়েছিল অথবা সংগ্রহ করেননি? বিনামূল্যে পেয়ে থাকলেঃ কোথা থেকে পেয়েছিলেন? কেনা হয়ে থাকলেঃ ওষুধ কেনার জন্য কত টাকা লেগেছিল ও কোথা থেকে কিনেছিলেন? সংগ্রহ করা না হলেঃ কেন সংগ্রহ করা হয়নি? সংগ্রহ করা হলেঃ কি পরিমাণে (কত বোতল, বড়ি/টেবলেট, ইনজেকশন, ইত্যাদি)? প্রতি ওষুধের জন্য আরো জিজ্ঞাসা করুনঃ <শিশু> এটি খেয়েছিল/ নিয়েছিল কি? উত্তর হ্যাঁ হলে, জিজ্ঞাসা করুনঃ সে কি পুরো ডোজ খেয়েছিল/নিয়েছিল, নাকি আংশিক খেয়েছিল/নিয়েছিল? প্রতিটি ওষুধের জন্য নিচে একটি করে 'হক' পূরণ করুন।		
<p>১ম ওষুধের নামঃ _____ . |_|_|_|</p> <p>ব্যবস্থাপত্রের পরিমাণঃ |_|_|_| (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি |_|_| অন্য _____</p> <p>বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকে _____ . |_|_|_|</p> <p>কেনা হয়েছে 2 -> দামঃ _____ |_|_|_| টাকা কোথা থেকে _____ . |_|_|_|</p> <p>সংগ্রহ করা হয়নি..... 3 -> কেন? _____ |_|_|_|</p> <p>যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছেঃ |_|_|_| (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি |_|_| অন্য _____</p> <p><শিশু> এই ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল কি? হ্যাঁ, পূর্ণ ডোজ..... 1 হ্যাঁ, আংশিক..... 2 না..... 3 ঔষধ খাওয়া চলতে থাকলে..... 4 জানেন না 9</p>		

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
<p>২য় ওষুধের নামঃ _____</p> <p>ব্যবস্থাপত্রের পরিমাণঃ _____ (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____</p> <p>বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকে _____</p> <p>কেনা হয়েছে 2 -> দামঃ _____ টাকা কোথা থেকে _____</p> <p>সংগ্রহ করা হয়নি..... 3 -> কেন? _____</p> <p>যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছেঃ _____ (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____</p> <p><শিখ> এই ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল কি? হ্যাঁ, পূর্ণ ডোজ..... 1 হ্যাঁ, আংশিক..... 2 না..... 3 ঔষধ খাওয়া চলতে থাকলে..... 4 জানেন না..... 9</p>		
<p>৩য় ওষুধের নামঃ _____</p> <p>ব্যবস্থাপত্রের পরিমাণঃ _____ (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____</p> <p>বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকে _____</p> <p>কেনা হয়েছে 2 -> দামঃ _____ টাকা কোথা থেকে _____</p> <p>সংগ্রহ করা হয়নি..... 3 -> কেন? _____</p> <p>যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছেঃ _____ (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____</p> <p><শিখ> এই ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল কি? হ্যাঁ, পূর্ণ ডোজ..... 1 হ্যাঁ, আংশিক..... 2 না..... 3 ঔষধ খাওয়া চলতে থাকলে..... 4 জানেন না..... 9</p>		
<p>৪র্থ ওষুধের নামঃ _____</p> <p>ব্যবস্থাপত্রের পরিমাণঃ _____ (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____</p> <p>বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকে _____</p> <p>কেনা হয়েছে 2 -> দামঃ _____ টাকা কোথা থেকে _____</p> <p>সংগ্রহ করা হয়নি..... 3 -> কেন? _____</p> <p>যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছেঃ _____ (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____</p> <p><শিখ> এই ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল কি? হ্যাঁ, পূর্ণ ডোজ..... 1 হ্যাঁ, আংশিক..... 2 না..... 3 ঔষধ খাওয়া চলতে থাকলে..... 4 জানেন না..... 9</p>		

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
<p>৫ম ওষুধের নামঃ _____ . | | |</p> <p>ব্যবস্থাপত্রের পরিমাণঃ | | | (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি | | | অন্য _____</p> <p>বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকে _____ . | | |</p> <p>কেনা হয়েছে 2 -> দামঃ ..... | | | | টাকা কোথা থেকে _____ . | | |</p> <p>সংগ্রহ করা হয়নি 3 -> কেন? _____ | | |</p> <p>যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছেঃ | | |</p> <p>(1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি | | | অন্য _____</p> <p><শিশু> এই ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল কি? হ্যাঁ, পূর্ণ ডোজ 1 হ্যাঁ, আংশিক 2 না 3 ঔষধ খাওয়া চলতে থাকলে 4 জানেন না 9</p>		
<p>৬ষ্ঠ ওষুধের নামঃ _____ . | | |</p> <p>ব্যবস্থাপত্রের পরিমাণঃ | | | (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি | | | অন্য _____</p> <p>বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকে _____ . | | |</p> <p>কেনা হয়েছে 2 -> দামঃ ..... | | | | টাকা কোথা থেকে _____ . | | |</p> <p>সংগ্রহ করা হয়নি 3 -> কেন? _____ | | |</p> <p>যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছেঃ | | |</p> <p>(1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি | | | অন্য _____</p> <p><শিশু> এই ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল কি? হ্যাঁ, পূর্ণ ডোজ 1 হ্যাঁ, আংশিক 2 না 3 ঔষধ খাওয়া চলতে থাকলে 4 জানেন না 9</p>		
<p>৭ম ওষুধের নামঃ _____ . | | |</p> <p>ব্যবস্থাপত্রের পরিমাণঃ | | | (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি | | | অন্য _____</p> <p>বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকে _____ . | | |</p> <p>কেনা হয়েছে 2 -> দামঃ ..... | | | | টাকা কোথা থেকে _____ . | | |</p> <p>সংগ্রহ করা হয়নি 3 -> কেন? _____ | | |</p> <p>যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছেঃ | | |</p> <p>(1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি | | | অন্য _____</p> <p><শিশু> এই ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল কি? হ্যাঁ, পূর্ণ ডোজ 1 হ্যাঁ, আংশিক 2 না 3 ঔষধ খাওয়া চলতে থাকলে 4 জানেন না 9</p>		

অসুখের সময় শিশুকে যতজন Group A সেবা প্রদানকারীর কাছে নিয়ে যাওয়া হয়েছে ততটি PROVIDER AND COST MODULE পূরণ করুন। যদি একই সেবা প্রদানকারীর কাছে শিশুকে দুইবার নেওয়া হয়ে থাকে, তবে দুইটি PROVIDER AND COST MODULE পূরণ করুন-- প্রতি ভিজিটের জন্য একটি।

International Centre for Diarrhoeal Disease Research
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION
Household Continuous Morbidity Monitoring Questionnaire
 (September 2001)
Additional Drug Module

পরিচিতিমূলক তথ্যাবলী:

ইউনিয়নের নাম/নম্বর: _____ গ্রামের নাম/নম্বর: _____

গৃহকর্তার নাম/গৃহের নম্বর: _____

মাঠকর্মীর নাম/কোড নম্বর: _____

ইন্টারভিউয়ের তারিখ: ____/____/200__

ডিজিটের ধরণ : নিয়মিত ডিজিট 1
 ইপিসোড ফলো-আপ ডিজিট 2
 ডিজিট নম্বর :.....|_____

বাচচার মায়ের নাম ও নম্বর: _____

বাচচার নাম ও নম্বর: _____

A00. ADDITIONAL DRUGS SECTION

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
যদি একটি বা একটির বেশী PROVIDER AND COSTS MODULE পূরণ করা হয়ে থাকে, তবে A01 জিজ্ঞাসা করুনঃ		
A01 অসুখ থেকে ভাল হওয়ার জন্য <শিশু> আর কোন ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল কি?	হ্যাঁ..... 1 → না..... 2 → জানেন না..... 9 →	A03 A04 A04
যদি একটিও PROVIDER AND COSTS MODULE পূরণ না করা হয়ে থাকে, তবে A02 জিজ্ঞাসা করুনঃ		
A02 অসুখের সময় <শিশু> কোন ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল কি?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 → জানেন না..... 9 →	A04 A04
A03 একটু বলুন, <শিশু> কি কি ওষুধ নিয়েছিল/খেয়েছিল। প্রতিটি ওষুধের জন্য জিজ্ঞাসা করুনঃ এইটি কি আপনি বিনামূল্যে পেয়েছিলেন, নাকি কিনতে হয়েছিল? যদি কেনা হয়ে থাকেঃ এই ওষুধের জন্য কত টাকা লেগেছিল, কোথা থেকে কিনেছিলেন? যদি বিনামূল্যে পেয়ে থাকেঃ কোথা থেকে পেয়েছিলেন?		
১ম ওষুধের নামঃ _____		
বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকেঃ _____		
কেনা হয়েছে 2 -> দামঃ _____ টাকা কোথা থেকেঃ _____		
যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছেঃ _____ (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____		
২য় ওষুধের নামঃ _____		
বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকেঃ _____		
কেনা হয়েছে 2 -> দামঃ _____ টাকা কোথা থেকেঃ _____		
যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছেঃ _____ (1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____		

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
<p>৩য় ওষুধের নাম: _____</p> <p>বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকে: _____</p> <p>কেনা হয়েছে 2 -> দাম: _____ টাকা</p> <p>কোথা থেকে: _____</p> <p>যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছে: _____</p> <p>(1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____</p>		
<p>৪র্থ ওষুধের নাম: _____</p> <p>বিনামূল্যে 1 -> কোথা থেকে: _____</p> <p>কেনা হয়েছে 2 -> দাম: _____ টাকা</p> <p>কোথা থেকে: _____</p> <p>যে পরিমাণ পাওয়া গেছে/কেনা হয়েছে: _____</p> <p>(1) বোতল (2) ক্যাপসুল/বড়ি _____ অন্য _____</p>		
<p>A04 <শিভর> অসুখের কারণে আপনাকে অন্য কোন সেবা/জিনিসপত্রের জন্য (যেমন: সিরিজ, ব্যাগেজ, পরীক্ষা, ইত্যাদি) টাকা-পয়সা খরচ করতে হয়েছিল কি?</p>	<p>হ্যাঁ..... 1</p> <p>না..... 2 →</p>	STOP
<p>A05 কত টাকা ? (অসুস্থতার কারণে অন্য যেসব খরচ করতে হয়েছিল সেগুলিও অন্তর্ভুক্ত করুন। যদি খরচ হয়ে থাকে, তবে জিজ্ঞাসা করুন কত টাকা খরচ হয়েছে এবং তার পরিমাণ লিখুন।)</p>	<p>_____ টাকা</p>	
<p>A06 কোথা থেকে আপনি A04 -এ উল্লেখিত সেবা/ জিনিসপত্র পেয়েছিলেন ? (এক বা একাধিক উত্তর হতে পারে)</p>	<p>থানা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে (মতলব সরকারী হাসপাতাল) 01</p> <p>সরকারী স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র বা ডিসপেনসারি 02</p> <p>SACMO/MA 03</p> <p>সরকারী স্বাস্থ্যকর্মী/ সরকারী মাঠকর্মী 04</p> <p>স্যাটেলাইট/ই পি আই ক্লিনিক 05</p> <p>আই,সি,ডি,ডি,আর'বি হাসপাতাল (মতলব)..... 06</p> <p>আই,সি,ডি,ডি,আর'বি সাব-সেন্টার(মতলব)..... 07</p> <p>আই,সি,ডি,ডি,আর'বি মহিলা স্বাস্থ্য কর্মী 08</p> <p>এন জি ও স্বাস্থ্য কর্মী /বেসরকারী স্বাস্থ্যকর্মী/বেসরকারী মাঠকর্মী. 09</p> <p>NGO ক্লিনিক/অন্য ভ্রাম্যমান ক্লিনিক 10</p> <p>প্রাইভেট হাসপাতাল/স্বাস্থ্য কেন্দ্র/ক্লিনিক 11</p> <p>এম.বি.বি.এস ডাক্তার 12</p> <p>হাতুঁরে/ঝাড়ফুক/কবিরাজ/হাকিম/হোমিও প্যাথিক ডাক্তার 13</p> <p>দাই 14</p> <p>গ্রাম্য চিকিৎসক/ফার্মেসী অথবা এলোপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা 15</p> <p>হোমিও প্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা 16</p> <p>পুষ্টি কেন্দ্র 17</p> <p>অন্য কেউ কিনে দিয়েছে(যেমন-বন্ধুবান্ধব) 18</p> <p>বিনামূল্যে (Free Sample)..... 19</p> <p>আত্মীয় 20</p> <p>বাড়ীতে তৈরী..... 21</p> <p>অন্যান্য : 77</p> <p>জানেন না 98</p>	

ROUND : ○

Sample HH: [][][][][]

AREA: I / C

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION
Household Continuous Morbidity Monitoring Questionnaire
(July 2004)
Morbidity Module - Episode Follow-up []

পরিচিতিমূলক তথ্যাবলী:

ইউনিয়নের নাম/নম্বর _____ [][][]
গ্রামের নাম/নম্বর _____ [][][][][]
বাড়ীর নাম/নম্বর _____ [][][][]
গৃহকর্তার নাম/গৃহের নম্বর: _____ [][][][][]
মাঠকর্মীর নাম/কোড নম্বর: _____ [][][]

১ম ইন্টারভিউয়ের তারিখ : ____ / ____ /200__

ইন্টারভিউয়ের তারিখ : ____ / ____ /200__

ইন্টারভিউ শুরু করার সময়: ____ : ____ am / pm ইন্টারভিউ শেষ করার সময়: ____ : ____ am / pm

ইন্টারভিউ সম্পূর্ণ হয়েছে 1
রাস্তা নন 2
বাসা ছেড়ে চলে গেছেন..... 3
বাসায় কেউ ছিলেন না..... 4
অসম্পূর্ণ _____ 5

ইন্টারভিউ সম্পূর্ণ হয়ে থাকলে বাচচা কি আজকে... অসুস্থ 1
অসুস্থ কিন্তু মধ্যে ৩ বা ৩ দিনের বেশী ভাল ছিল..... 2
সুস্থ 3
মারা গেছে 4

2, 3 ও 4-এর ক্ষেত্রে
পরবর্তী ইন্টারভিউয়ের
তারিখ প্রযোজ্য নয়

পরবর্তী ইন্টারভিউয়ের তারিখ : পরিকল্পিত ____ / ____ /200__

উত্তরদাত্রী বাচচার মায়ের নাম ও নম্বর: _____ [][][]
উত্তরদাত্রী বাচচার মা না হয়ে অন্য কেউ হলে তার নাম _____
বাচচার সাথে তার সম্পর্ক _____ [][][]
বাচচার নাম ও নম্বর: _____ [][][]

FRO: _____ Date: ____ / ____ / ____

Data entered by: _____ Date: ____ / ____ / ____

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
R01 গত বার যখন এসেছিলাম তখন <শিশুর> অসুখ ছিল - এখন সে কেমন আছে?	অসুখ 1 সুস্থ 2 → মারা গেছে 3 →	R11 R11
R02 এ কয়দিনের মধ্যে <শিশুর> প্রতিদিনই অসুখ ছিল না কিছুদিন সে ভাল ছিল?	একদিনও সে ভাল ছিল না 1 → কয়েকদিন সে ভাল ছিল 2	R04
R03 কয় দিন <শিশুর> ভাল ছিল?	১-২ দিন 1 ৩ দিন বা তার বেশী 2 →	R12
R04 <শিশুর> গত দুই সপ্তাহে কি কি লক্ষণ ছিল এবং এখন কি কি লক্ষণ আছে? (প্রোব করুন)	হ্যাঁ না জানেন না	
খিঁচুনি	1 2 9	
সব সময় ঘুম ঘুম ভাব	1 2 9	
সব কিছু বমি করে ফেলে দিত	1 2 9	
পানি বা বুকের দুধ কম খেত বা খেতে পারত না	1 2 9	
জ্বর	1 2 9	
কাশি	1 2 9	
ডায়রিয়া**	1 2 9	
শ্বাস-কষ্ট*	1 2 9	
কানে ব্যাথা	1 2 9	
ক্ষুধা কম	1 2 9	
সর্দি বা নাক বন্ধ	1 2 9	
গলায় ব্যাথা	1 2 9	
চোখের সমস্যা	1 2 9	
দ্রুত শ্বাস-প্রশ্বাস*	1 2 9	
সমস্ত শরীরে দানা দানা বা গুটি গুটি	1 2 9	
অন্যান্য লক্ষণ: _____	1 2	
অন্যান্য লক্ষণ: _____	1 2	
অন্যান্য লক্ষণ: _____	1 2	
যদি শ্বাস-কষ্ট বা দ্রুত শ্বাস-প্রশ্বাস (* যুক্ত লক্ষণ)-এ কোড 1 বৃত্তায়িত করা হয়ে থাকে, তবে R05 নং প্রশ্নটি জিজ্ঞাসা করুন:		
R05 আপনি বললেন যে <শিশুর> শ্বাস-কষ্ট বা দ্রুত শ্বাস-প্রশ্বাস আছে। এটি কি তার বুকের কোন সমস্যার জন্য হয়েছে না কি তার নাক বন্ধ থাকার কারণে হয়েছে?	বুকের সমস্যা 1 বন্ধ নাক 2 উভয় 3 অন্যান্য: _____ জানেন না 9	
যদি ডায়রিয়া (**যুক্ত)-এ কোড 1 বৃত্তায়িত করা হয়ে থাকে, তবে R06 নং প্রশ্নটি জিজ্ঞাসা করুন:		
R06 ডায়রিয়া চলাকালে <শিশুর> (প্রোব করুন)		
দিনে কতবার পাতলা পায়খানা করেছিল?	_____ বার	
[যেদিন সবচেয়ে বেশী বার পায়খানা করেছিল]	হ্যাঁ না জানেন না	
বার বার বমি করেছিল কি?	1 2 9	
বেশি বেশি পানি খেতে চেয়েছিল কি?	1 2 9	
পানি/খাবার খাচ্ছিল না বা ঠিকমতো খাচ্ছিল না কি?	1 2 9	
পায়খানায় রক্ত ছিল কি?	1 2 9	
সুস্থ হচ্ছিল না/আরো অসুস্থ হচ্ছিল/খুব অসুস্থ হচ্ছিল?	1 2 9	

QUESTIONS AND FILTERS		CODING CATEGORIES		SKIP
যদি শ্বাস-কষ্ট বা দ্রুত শ্বাস-প্রশ্বাস (* যুক্ত লক্ষণ) -এ কোড 1 বৃত্তায়িত করা হয়ে থাকে, তবে R14 নং প্রশ্নটি জিজ্ঞাসা করুন :				
R14 আপনি বললেন যে <শিশুর> শ্বাস-কষ্ট বা দ্রুত শ্বাস-প্রশ্বাস ছিল। এটি কি তার বুকের কোন সময়স্যর জন্য হয়েছিল না কি তার নাক বন্ধ থাকার কারণে হয়েছিল?	বুকের সময়স্যা..... 1 বন্ধ নাক..... 2 উভয়..... 3 অন্যান্য: জানেন না..... 9			
যদি ডায়রিয়া (**যুক্ত) -এ কোড 1 বৃত্তায়িত করা হয়ে থাকে, তবে R15 নং প্রশ্নটি জিজ্ঞাসা করুন:				
R15 ডায়রিয়া চলাকালে <শিশু>ঃ (প্রোব করুন) দিনে কতবার পাতলা পায়খানা করেছিল? [যেদিন সবচেয়ে বেশী বার পায়খানা করেছিল] বার বার বমি করেছিল কি? বেশি বেশি পানি খেতে চেয়েছিল কি? পানি/খাবার খাচ্ছিল না বা ঠিকমতো খাচ্ছিল না কি? পায়খানায় রক্ত ছিল কি?..... সুস্থ হচ্ছিল না/আরো অসুস্থ হচ্ছিল/খুব অসুস্থ হচ্ছিল?		বার হ্যাঁ না জানেন না 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9		
পরের প্রশ্নগুলি (R16-R19) গত দুই সপ্তাহের মধ্যে সুস্থ্য/৩ দিন বা তার বেশী দিন ভাল থাকার পূর্বে অথবা মারা যাওয়ার পূর্বে যে কোন অসুস্থতার জন্যই প্রযোজ্য				
R16 আপনার মতে, <শিশুর> অসুখ কি সামান্য, না মোটামুটি, না কি মারাত্মক ছিল ?	সামান্য ছিল 1 মোটামুটি ছিল 2 মারাত্মক ছিল 3 অন্যান্য: জানেন না..... 9			
R17 <শিশুর> অসুখের সময়, সে কি তখন স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম তরল/পানীয় (বুকের দুধ বা অন্য দুধ সহ) খাচ্ছিল, নাকি স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি খাচ্ছিল, নাকি মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণেই খাচ্ছিল?	কিছুই না..... 1 স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম..... 2 স্বাভাবিকের তুলনায় কিছু কম 3 মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণে..... 4 স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি..... 5 জানেন না 9			
R18 <শিশুর> অসুখের সময়, সে কি তখন স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম খাবার খাচ্ছিল, নাকি স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি খাচ্ছিল, নাকি মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণেই খাচ্ছিল?	কিছুই না..... 1 স্বাভাবিকের তুলনায় অনেক কম..... 2 স্বাভাবিকের তুলনায় কিছু কম 3 মোটামুটি স্বাভাবিক পরিমাণে..... 4 স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি..... 5 শিশু শুধু বুকের দুধ খায়..... 8 জানেন না 9			
R19 গত বার যখন এসেছিলাম তারপর <শিশু> সুস্থ্য হওয়ার পূর্বের/ ৩ দিন বা তার বেশী দিন ভাল থাকার পূর্বের অথবা মারা যাওয়ার পূর্বের অসুখের জন্য বাড়ির বাইরে কারও কাছ থেকে বা কোথাও থেকে চিকিৎসা সেবা চেয়েছিলেন/নিয়েছিলেন কি?	হ্যাঁ..... 1 না..... 2 →			A02
R20a যদি General and Morbidity Module -এর Q.711-এ 'না' কোড এবং Q.R10/Q.R19 -এ 'হ্যাঁ' কোড বৃত্তায়িত হয়ে থাকে (অর্থাৎ ১ম সাক্ষাতের সময়/পূর্বে অসুস্থতার জন্য বাড়ির বাইরে কোথাও থেকে চিকিৎসা নিয়ে না থাকলে) তবে জিজ্ঞাসা করুন -				
এই ভিজিটের কত দিন আগে (নাম)-কে অসুস্থতার চিকিৎসার জন্য বাড়ির বাইরে কারও কাছে নিয়ে যাওয়া হয়েছিল অথবা কোথাও থেকে চিকিৎসা সেবা নেয়া হয়েছিল ? (এক ঘণ্টার কম হলে ০০ লিখুন, ১ দিনের কম হলে ঘণ্টায়, এবং ৩০ দিনের কম হলে দিনে লিখুন)	ঘণ্টা পর 1 দিন পর 2 প্রয়োজ্য নয়..... 777 জানিনা 998			

QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
<p>R20 শিত্তর এই অসুখের জন্য আপনি প্রথম কোথায় বা কার কাছে সেবা/চিকিৎসা চেয়েছিলেন? প্রথম উত্তরের পর জিজ্ঞাসা করুনঃ এরপর আপনি আবার প্রথমে যার কাছে গিয়েছিলেন তার কাছেই আবার গিয়েছিলেন, নাকি অন্য কারো কাছে গিয়েছিলেন?</p> <p>[এভাবে, যতক্ষণ পর্যন্ত না সকল সেবা প্রদানকারীর নাম উল্লেখ করা হয়, ততক্ষণ পর্যন্ত প্রশ্ন করতে থাকুন। প্রথম সেবা প্রদানকারীর জন্য 1 লিখুন, দ্বিতীয় সেবা প্রদানকারীর জন্য লিখুন 2 (যদি প্রযোজ্য হয়), এবং এইভাবে চলতে থাকবে। যদি কোনো সেবা প্রদানকারীর কাছে সেবা চাওয়া না হয়ে থাকে তবে 0 লিখুন। যদি একজন সেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে একাধিক বার সেবা গ্রহণ করা হয়ে থাকে, তবে উভয় কলামই পূরণ করুন। নির্ধারিত খালি স্থানে স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রের নাম ও ঠিকানা লিখবেন।]</p>		

<p>সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর জন্য নির্দেশাবলী:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ গত দুই সপ্তাহে শিত্তকে যতবার (R20 নং প্রশ্নে উল্লেখিত) Group A স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর কাছে (যেমন: সরকারী হাসপাতালে, স্বাস্থ্য কেন্দ্রে অথবা ক্লিনিকে, অথবা প্রাইভেট স্বাস্থ্য কেন্দ্রে/ক্লিনিকে) নিয়ে যাওয়া হয়েছিল ততবারের জন্য আলাদা আলাদা PROVIDER AND COSTS MODULE পূরণ করুন। যদি একই সেবা প্রদানকারীর কাছে শিত্তকে দুইবার নেওয়া হয়ে থাকে, তবে দুইটি PROVIDER AND COST MODULE পূরণ করুন-- প্রতি ডিজিটের জন্য একটি। □ গত দুই সপ্তাহে শিত্তকে (R20 নং প্রশ্নে উল্লেখিত) শুধুমাত্র Group B স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী এবং/ অথবা Group C-এর "অন্যান্য সেবা প্রদানকারীর" CODE 77 -র কাছে নিয়ে গেলে সরাসরি প্রশ্ন A02 -তে (Additional Drug Module) চলে যান। □ গত দুই সপ্তাহে শিত্তকে (R20 নং প্রশ্নে উল্লেখিত) Group C স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী যেমন মতলব উপজেলার বাইরের সরকারী হাসপাতালে, স্বাস্থ্য কেন্দ্রে অথবা ক্লিনিকে, অথবা প্রাইভেট স্বাস্থ্য কেন্দ্রে/ক্লিনিকে নিয়ে যাওয়া হয়ে থাকলে তার জন্য PROVIDER AND COSTS MODULE পূরণ করুন। যদি একই সেবা প্রদানকারীর কাছে শিত্তকে দুইবার নেওয়া হয়ে থাকে, তবে দুইটি PROVIDER AND COST MODULE পূরণ করুন-- প্রতি ডিজিটের জন্য একটি। যদি শুধুমাত্র মতলব উপজেলার বাইরের কবিরাজ/হাকিম /হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার/ গ্রাম্য চিকিৎসক -এর কাছে নিয়ে যাওয়া হয় তবে সরাসরি প্রশ্ন A02 -তে (Additional Drug Module) চলে যান।

QUESTIONS AND FILTERS		CODING CATEGORIES		SKIP
Ques. R20				
CODE Group A চিকিৎসা প্রদানকারী:				
66	আই,সি,ডি,ডি,আর'বি হাসপাতাল (মতলব)	___	___	→ P01
65	থানা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স (মতলব সরকারী হাসপাতাল)	___	___	→ P01
___	আই,সি,ডি,ডি,আর'বি সাব-সেন্টার	___	___	→ P01
___	সরকারী স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র বা ডিসপেনসারি	___	___	→ P01
71	আই,সি,ডি,ডি,আর'বি মহিলা স্বাস্থ্যকর্মী	___	___	→ P01
72	সরকারী স্বাস্থ্যকর্মী	___	___	→ P01
88	এন,জি,ও স্বাস্থ্যকর্মী (BRAC / CARE / _____)	___	___	→ P01
42	স্যাটলাইট/ই,পি,আই ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
43	অন্য ভ্রাম্যমান ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
44	প্রাইভেট হাসপাতাল, স্বাস্থ্য কেন্দ্র অথবা ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
45	কমিউনিটি ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
61	প্রাইভেট এম,বি,বি,এস ডাক্তার _____	___	___	→ P01
67	SACMO / MA _____	___	___	→ P01
___	NGO ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
Group B চিকিৎসা প্রদানকারী: [কেবলমাত্র এসকল চিকিৎসকদের বেলায় প্রোব করুন]:				
51	দাই	___	___	
52	গ্রাম্য চিকিৎসক _____	___	___	
53	হাতুড়ে/ঝাড়ফুক চিকিৎসক	___	___	
54	কবিরাজ/হাকিম	___	___	
55	হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার	___	___	
56	ফার্মেসী অথবা এলোপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা _____	___	___	
57	হোমিওপ্যাথিক ওষুধ বিক্রেতা	___	___	
58	কবিরাজ/হাকিম/ ঝাড়ফুক ওষুধ বিক্রেতা	___	___	
59	আত্মীয় অথবা বন্ধুবান্ধব (বাড়ির বাইরে)	___	___	
Group C চিকিৎসা প্রদানকারী: [কেবলমাত্র মতলব উপজেলার বাইরের চিকিৎসকদের বেলায় প্রযোজ্য]:				
___	মতলব উপজেলার বাইরের সরকারী স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র বা ডিসপেনসারি	___	___	→ P01
80	ব্র্যাক সুশাস্ত্র (BRAC Shushasto) _____	___	___	→ P01
81	মতলব উপজেলার বাইরের সরকারী হাসপাতাল অথবা থানা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স	___	___	→ P01
82	প্রাইভেট হাসপাতাল, স্বাস্থ্য কেন্দ্র অথবা ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
83	NGO ক্লিনিক _____	___	___	→ P01
84	প্রাইভেট এম,বি,বি,এস ডাক্তার _____	___	___	→ P01
85	SACMO / MA / FWV _____	___	___	→ P01
77	অন্যান্য সেবা প্রদানকারী (যেমন মতলব উপজেলার বাইরের কবিরাজ/হাকিম /হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার/গ্রাম্য চিকিৎসক)	___	___	
713	কোন IMCI কেন্দ্র থেকে সেবা নেয়া হয়েছিল কি? (Interviewer will fill up)	হ্যাঁ.....	1	
		না.....	2	
		জানেন না.....	9	

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION

Health Facility Survey 2003

Form 1. OBSERVATION CHECKLIST—CHILD (2 months-5 years)

District: _____ Facility Name/Code _____ | | | |

Surveyor Name and ID: _____ | | | | Date: ___/___/___

Health worker name/ID _____ | | | | Sex: (1)M (2)F IMCI Trained: (1)Yes (2) No
 Calendar Year trained: _____

Health worker type: (1) Physician (2) FWV (3) Medic Assist (4) SACMO (5) Pharmacist (6) Other

Child Name _____ ID: | | | | Sex: (1)M (2)F Birth date: ___/___/___ Age: ___ (mon)

<p><i>Begin timing the observation now:</i> _____ hours _____ min.</p> <p><i>If consultation is interrupted note time at beginning of interruption:</i> _____ hours _____ min</p> <p><i>when resuming consultation:</i> _____ hours _____ min</p>

ASSESSMENT MODULE (*Record what you hear or see*)

	Yes	No	Doesn't know
A3. Does the health worker, or another staff, weigh and record the WEIGHT of the child today?	1	2	8
A4. Does the health worker, or another staff, check the TEMPERATURE of the child?	1	2	
A5. What REASONS does the caretaker give for bringing the child to the health facility? <i>Circle all signs mentioned.</i>			
a. Diarrhoea/vomiting mentioned?	1	2	
b. Fever/malaria mentioned?	1	2	
c. Fast/difficult breathing/cough/pneumonia mentioned?	1	2	
d. Ear problem mentioned?	1	2	
e. Well-child visit mentioned?	1	2	
f. Other <i>specify</i> _____ mentioned?	1	2	
g. <i>None given</i> mentioned?	1	2	
A6. Does health worker ask whether the child is ABLE TO DRINK OR BREASTFEED ?	1	2	
A7. Does health worker ask whether the child VOMITS EVERYTHING ?	1	2	
A8. Does health worker ask whether the child has CONVULSIONS ?	1	2	
A9. Is the child VISIBLY AWAKE (e.g., playing, smiling, crying with energy)?	1	2	
	<i>If 1, skip to Q# A11</i>		
A10. If the child is not visibly awake, does health worker check for LETHARGY or UNCONSCIOUSNESS (try to wake up the child)?	1	2	
A11. Does health worker ask for COUGH OR DIFFICULT BREATHING ?	1	2	
A12. Does health worker ask for DIARRHOEA ?	1	2	
A13. Does health worker ask/feel for FEVER (or refer to temperature if taken previously)?	1	2	
A13b. Does health worker ask for EAR PROBLEM ?	1	2	
A14. Does health worker check for visible SEVERE WASTING ?	1	2	8
A15. Does health worker look for PALMAR PALLOR ?	1	2	8
A16. Does health worker look for OEDEMA of both feet?	1	2	8
A17. Does health worker check child's weight against a GROWTH CHART ?	1	2	
A18. Does the health worker ask for and check the child's VACCINATION CARD ?	1	2	
	<i>If 2, skip to Q# A20</i>		
A19. Does the caretaker have the child's VACCINATION CARD ?	1	2	
	<i>If 1, skip to Q# A20b</i>		

Yes No Doesn't know

A20.	Does the health worker try to find out from the caretaker if		
	a. the child has ever been given an injection in the shoulder against tuberculosis (BGG)?	1	2
	b. the child has ever been given drops against polio?	1	2
	c. the child has ever been given injection against DPT?	1	2
	d. the child has ever been given an injection in the arm against measles?	1	2
	e. the child has ever been given vitamin A capsules?	1	2
A20b.	Does health worker ask whether the child has been given ANTI-HELMINTH?	1	2
A21.	Does health worker ask about BREASTFEEDING?	1	2
A22.	Does health worker ask whether the child takes any other FOODS/FLUIDS?	1	2
A23.	Does health worker ask whether FEEDING CHANGED during illness?	1	2
A24.	Does health worker ask about possible "OTHER PROBLEMS"?	1	2

CLASSIFICATION MODULE

C1. Does health worker give one or more classifications for the child? (1) Yes (2) No → Skip to Treatment Module

Record all classifications given in the table below:

To be completed by supervisor:

C05.	One or more danger signs	1	2
C10.	Severe pneumonia/very severe disease	1	2
C11.	Pneumonia	1	2
C12.	No pneumonia: cough or cold	1	2
C20.	a Severe dehydration	1	2
	b Some dehydration	1	2
	c No dehydration	1	2
C21.	Severe persistent diarrhea	1	2
C22.	Persistent diarrhea	1	2
C23.	Dysentery	1	2
C30.	Very severe febrile disease	1	2
C31.	Malaria	1	2
C32.	Fever, malaria unlikely	1	2
C33.	Fever, no malaria	1	2
C34.	Severe complicated measles	1	2
C35.	Measles with eye/mouth complications	1	2
C36.	Measles	1	2
C40.	Mastoiditis	1	2
C41.	Acute ear infection	1	2
C42.	Chronic ear infection	1	2
C43.	No ear infection	1	2
C50.	a Severe malnutrition	1	2
	b Severe anaemia	1	2
C51.	a Anaemia	1	2
	b Very low weight	1	2
C52.	No anaemia and not very low weight	1	2
C60.	Other (specify)	1	2
C61.	Other (specify)	1	2

<i>Based on the re-examination of the child (Form 3) circle surveyor classifications</i>	
105.	<i>One or more danger signs</i>
110.	<i>Sev. Pneumonia/very sev. Disease</i>
111.	<i>Pneumonia</i>
112.	<i>No pneumonia: cough or cold</i>
120.	<i>a Severe dehydration</i>
	<i>b Some dehydration</i>
	<i>c No dehydration</i>
121.	<i>Severe persistent diarrhea</i>
122.	<i>Persistent diarrhea</i>
123.	<i>Dysentery</i>
130.	<i>Very severe febrile disease</i>
131.	<i>Malaria</i>
132.	<i>Fever, malaria unlikely</i>
133.	<i>Fever, no malaria</i>
134.	<i>Severe complicated measles</i>
135.	<i>Measles with eye/mouth complication</i>
136.	<i>Measles</i>
140.	<i>Mastoiditis</i>
141.	<i>Acute ear infection</i>
142.	<i>Chronic ear infection</i>
143.	<i>No ear infection</i>
150.	<i>a Severe malnutrition</i>
	<i>b Severe anaemia</i>
151.	<i>a Anaemia</i>
	<i>b Very low weight</i>
152.	<i>No anaemia and not very low weight</i>
160.	<i>Other(specify) _____</i>
161.	<i>Other(specify) _____</i>
165.	<i>Follow-up visit required in ____ days</i>
170.	<i>Malaria risk: high, low, no risk</i>

COMMUNICATION MODULE

In some settings, tasks are shared and the dispenser counsels the caretaker on the treatment given and also administers the first dose. The child should then be followed to the dispenser to complete the observation.

	Yes	No	NA
CM1. Does the health worker explain how to administer oral treatment?			
a. antibiotic.....	1	2	8
b. antimalarial.....	1	2	8
c. ORS	1	2	8
CM2. Does the health worker demonstrate how to administer the oral treatment?			
a. antibiotic.....	1	2	8
b. antimalarial.....	1	2	8
c. ORS	1	2	8
CM3. Does the health worker ask an open-ended question to verify the caretaker's comprehension of how to administer the oral treatment?			
a. antibiotic.....	1	2	8
b. antimalarial.....	1	2	8
c. ORS	1	2	8
CM4. Does the health worker give or ask the mother to give the first dose of the oral drug at the facility?			
a. antibiotic.....	1	2	8
b. antimalarial.....	1	2	8
CM5. Does the health worker prescribe and explain when to return for a follow-up visit?	1	2	
	<i>If 2, skip to Q# CM7</i>		
CM6. In how many days does the health worker ask the caretaker to come back?			
(1) Two days			
(2) Five days			
(3) 14 days			
(4) 30 days			
(5) Other: ___ days			
CM7. Does the health worker explain the need to give more liquid or breastmilk at home?	1	2	
CM8. Does the health worker explain the need to continue feeding or breastfeeding at home?	1	2	
CM9. Does the health worker give correct age-specific advice on the frequency of feeding/BF?	1	2	
CM10. Does the health worker tell the caretaker to bring the child back immediately for the following signs? Tick all that apply.			
a. Child is not able to drink or breastfeed	1	2	
b. Child becomes sicker.....	1	2	
c. Child develops a fever.....	1	2	
d. Child develops fast breathing.....	1	2	
e. Child develops difficult breathing.....	1	2	
f. Child develops blood in the stool.....	1	2	
g. Child drinking poorly.....	1	2	
h. Other, specify	1	2	
CM11. Did the health worker ask at least one question about the mother's health (ask about her own health, access to family planning or vaccination status)?	1	2	
CM12. Did the health worker use the IMCI chart booklet at any time during the management of the child?	1	2	8

Check the time of the observation as the caretaker leaves: Time: ___ hours ___ min

END OF OBSERVATION

The surveyor may need to ask the health worker about the diagnosis made and the treatment given during the consultation, but only if these two components were not stated during the consultation. The surveyor must complete this form before the next child observation.

FORM 1: SUPERVISOR CODING

	Indicator	Formula	Codes		
			(1) Yes	(2) No	(8) NA (no non IMCI condition)
A	Was there a non-IMCI condition that would usually require an antibiotic for treatment?	Based on re-examination (page 2, question 160-161)	(1) Yes	(2) No	(8) NA (no non IMCI condition)
B1	Were antibiotics prescribed correctly for IMCI classification?	YES in T8 and APPROPRIATE * antibiotic and CORRECT for T9c, d and e, and h, i and j if 2 antibiotics	(1) Yes	(2) No	(8) NA (no AB)
B2	Were antibiotics prescribed correctly for non-IMCI classification?	YES in T8 and APPROPRIATE ** antibiotic and CORRECT for T9c, d and e, and h, i and j if 2 antibiotics	(1) Yes	(2) No	(8) NA (no AB)
C	Were antimalarials prescribed correctly?	YES in T10 and CORRECT in T11c, d and e and h, i, and j if 2 antimalarials	(1) Yes	(2) No	(8) NA (no AM)
D	Child being referred received appropriate prereferral treatment?	YES in T5a and appropriate prereferral treatment in T2 and/or T3	(1) Yes	(2) No	(8) NA (child not referred)
E	Does the child need a follow-up visit ?	Based on re-examination (page 2, question 165)	(1) Yes	(2) No	

* Appropriate antibiotic for IMCI classification : 1st or 2nd line antibiotic

** Appropriate antibiotic for Non-IMCI condition : On the basis of physician assessment

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION
 Health Facility Survey 2003

Form 2: EXIT INTERVIEW—CARETAKER OF CHILD
(2 months-5 years)

District: _____ Facility Name/Code _____

Surveyor Name and ID: _____ Date: ____/____/____

Child Name _____ ID: _____ Sex: (1)M (2)F Birth date: ____/____/____ Age: ____ (mon)

Caretaker: Sex: (1) M (2) F Relationship to child: (1) Biological mother Child Referred: (1) Yes
 (2) Other relative (2) No
 (3) Other _____

Begin timing the interview now. Time: ____ hours ____ min.

1. What do you think of services for sick children at this facility?

এই স্বাস্থ্য-কেন্দ্র থেকে অসুস্থ শিশুদের জন্য যে স্বাস্থ্য-সেবা পাওয়া যায় সে সম্পর্কে আপনার কি মত?

- (1) Good as they are
 (2) Should improve What should improve: _____
 (8) Doesn't know _____

2. How do you feel about the time you had to wait today before receiving attention for your child?

আজ আপনার শিশুকে ডাক্তার/স্বাস্থ্য-কর্মী দেখার জন্য যে সময় ধরে অপেক্ষা করতে হলো সে সম্পর্কে আপনার কি মনে হয়?

- (1) Definitely too long
 (2) Long
 (3) Short
 (4) Acceptable
 (8) Doesn't know

3. Did the health worker give you or prescribe any oral medicines for <CHILD> at the health facility today?

<নাম> কে আজ স্বাস্থ্য-কর্মী মুখে খাওয়ার জন্য কি কোন ওষুধ দিয়েছেন বা বলেছেন?

- (1) Yes
 (2) No → skip to question # 16
 (8) Doesn't know → skip to question # 16

If yes compare the caretaker's medication with the samples for identification of the oral medicines

4. Were antibiotics prescribed or given?

- (1) Yes
 (2) No → Skip to question # 8

Copy the information from the caretaker's medication or prescription:

- a. Name: _____
 b. Formulation: _____

Then ask the caretaker (record what you hear):

5. How much will you give <CHILD> each time: _____

<নাম> কে আপনি প্রতিবার কতটুকু ওষুধ বেতে দেবেন?

6. How many times will you give it to <CHILD> each day? _____ times

<নাম> কে আপনি প্রতি দিন কয় বার ওষুধ বেতে দেবেন?

7. How many days will you give the medicine to <CHILD> ? _____ days

<নাম> কে আপনি কয় দিন ওষুধ বেতে দেবেন?

7b. Was a second antibiotic prescribed or given?

- (1) Yes
(2) No → Skip to question #8

Copy the information from the caretaker's medication or prescription:

- a. Name: _____
b. Formulation: _____

Then ask the caretaker (record what you hear):

7c. How much will you give <CHILD> each time: _____
<নাম> কে আপনি প্রতিবার কতটুকু ওষুধ খেতে দেবেন?

7d. How many times will you give it to <CHILD> each day? _____ times
<নাম> কে আপনি প্রতি দিন কয় বার ওষুধ খেতে দেবেন?

7e. How many days will you give the medicine to <CHILD> ? _____ days
<নাম> কে আপনি কয় দিন ওষুধ খেতে দেবেন?

8. Were antimalarials prescribed or given?

- (1) Yes
(2) No → Skip to question # 16

Copy the information from the caretaker's medication or prescription:

- a. Name: _____
b. Formulation: _____

Then ask the caretaker (record what you hear):

9. How much will you give <CHILD> each time: _____
<নাম> কে আপনি প্রতিবার কতটুকু ওষুধ খেতে দেবেন?

10. How many times will you give it to <CHILD> each day? _____ times
<নাম> কে আপনি প্রতি দিন কয় বার ওষুধ খেতে দেবেন?

11. How many days will you give the medicine to <CHILD> ? _____ days
<নাম> কে আপনি কয় দিন ওষুধ খেতে দেবেন?

16. Was ORS prescribed or given?

- (1) Yes
(2) No → Skip to question # 20

17. How much water will you mix with one ORS packet? _____
আপনি একটি ওরাল-স্যালাইনের প্যাকেটে কতটুকু পানি মেশাবেন?

18. When will you give ORS to <CHILD> each day? _____
ভাইরিয়া হলে <নাম> কে প্রতিদিন আপনি কখন ওরাল-স্যালাইন খেতে দেবেন?

19. How much ORS will you give to <CHILD> after each stool? _____
<নাম> কে প্রতিবার পাতলা পায়খানার পর আপনি কতটুকু ওরাল-স্যালাইন খেতে দেবেন?

20. Did the health worker give you a specific day when to come back to this facility?

স্বাস্থ্য-কর্মী আপনাকে কি কোন নির্দিষ্ট দিনে আবার আসতে বলেছিল?

- (1) Yes → কত দিন পরে? _____ days
(2) No
(8) Doesn't know

21. Sometimes children condition may worsen and they should be taken immediately to a health facility: What types of symptoms would cause you to take your child to a health facility right away?

কখনও কখনও ছেলেমেয়েদের কঠিন রোগ-ব্যাদি হয় এবং তখন তাদেরকে অবিলম্বে চিকিৎসার জন্য স্বাস্থ্য-কেন্দ্রে নিয়ে যেতে হয়। কি ধরনের লক্ষণ দেখলে আপনি আপনার শিশুকে সাথে সাথেই চিকিৎসার জন্য স্বাস্থ্য-কেন্দ্রে নিয়ে যাবেন?

Do not prompt - keep asking for more signs/symptoms until the caretaker cannot recall any additional ones.

- | | | |
|--|---------------|-------------------|
| a. Child not able to drink or breastfeed | (1) Mentioned | (2) Not mentioned |
| b. Child becomes sicker | (1) Mentioned | (2) Not mentioned |
| c. Child develops a fever | (1) Mentioned | (2) Not mentioned |
| d. Child has fast breathing | (1) Mentioned | (2) Not mentioned |
| e. Child has difficult breathing/pneumonia | (1) Mentioned | (2) Not mentioned |
| f. Child has blood in the stools | (1) Mentioned | (2) Not mentioned |
| g. Child is drinking poorly | (1) Mentioned | (2) Not mentioned |
| h. Other (specify): _____ | | |
| i. Other (specify): _____ | | |
| j. Other (specify): _____ | | |

IF THE CARETAKER IS A WOMAN, ASK:

22. Were you ever given an injection in the arm to prevent the baby from getting tetanus, that is convulsions after birth?

নবজাত শিশুর ধনুটংকার রোগ/জন্মের পর বিচুনি রোগ যাতে না হয়, সে জন্য কি আপনার হাতে কি কখনও কোন ইনজেকশন/সুই দেয়া হয়েছিল?

- | | | | |
|-----|--------------|---|---|
| (1) | Yes | → | শেষ টিকা কবে (কোন বছর) দেয়া হয়েছিল? Year: _____ |
| (2) | No | | |
| (8) | Doesn't know | | |

23. Did you receive or have you been shown this card today? Show mother's card.

আজ আপনাকে এই রকম কোন কার্ড দেয়া বা দেখানো হয়েছিল কি?

- | | |
|-----|--------------|
| (1) | Yes |
| (2) | No |
| (8) | Doesn't know |

Record time of end of interview: _____ hours _____ min.

END OF EXIT INTERVIEW

Thank the caretaker for answering your questions and ask if he/she has any questions. Be sure that the caretaker knows how to prepare ORS for a child with diarrhea, when to return for vaccination, how to give the prescribed medications, and when to return if the child becomes worse at home.

FORM 2: SUPERVISOR CODING

	Indicator	Formula	Codes		
A	Does caretaker describe correctly how to give antibiotic?	YES in 4 and caretaker's answers correct in 5, 6 and 7 (and if YES in 7b, caretakers answers correct in 7c, 7d, 7c)	(1) Yes	(2) No	(8) NA (didn't receive AB)
B	Does caretaker describe correctly how to give antimalarial?	YES in 8 and caretaker's answers correct in 9, 10 and 11 (and if YES in 12, also correct in 13, 14 and 15)	(1) Yes	(2) No	(8) NA (didn't receive AM)
C	Does caretaker describe correctly how to give ORS?	YES in 16 and caretaker's answers correct in 17, 18, and 19	(1) Yes	(2) No	(8) NA (didn't receive ORS)

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION

Health Facility Survey 2003

FORM 3: RE-EXAMINATION – CHILD (2 months-5 years)

District: _____ Date: ____/____/____ Facility Name & Code: _____ Surveyor Name & ID: _____

Child name: _____ Age: _____ Weight: _____ kg Temperature: _____ °C

ASK: What are the child's problems? _____ Initial visit? __ Follow-up visit? __

ASSESS (Circle all signs present)

CLASSIFY

CHECK FOR GENERAL DANGER SIGNS		General danger sign present? Yes ___ No ___
NOT ABLE TO DRINK OR BREASTFEED VOMITS EVERYTHING CONVULSIONS	LETHARGIC OR UNCONSCIOUS	Remember to use danger sign when selecting classifications
DOES THE CHILD HAVE COUGH OR DIFFICULT BREATHING? Yes ___ No ___		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ For how long? ___ Days 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Count the breaths in one minute. ___ breaths per minute. Fast breathing? ▪ Look for chest indrawing. ▪ Look and listen for stridor. 	
DOES THE CHILD HAVE DIARRHOEA? Yes ___ No ___		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ For how long? ___ Days ▪ Is there blood in the stool? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Look at the child's general condition. Is the child: Lethargic or unconscious? Restless and irritable? ▪ Look for sunken eyes. ▪ Offer the child fluid. Is the child: Not able to drink or drinking poorly? Drinking eagerly, thirsty? ▪ Pinch the skin of the abdomen. Does it go back: Very slowly (longer than 2 seconds)? Slowly? 	
DOES THE CHILD HAVE FEVER? (by history/feels hot/temperature 37.5°C or above) Yes ___ No ___		
Decide MALARIA risk: High Low No		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ For how long? ___ Days ▪ If more than 7 days, has fever been present every day? ▪ Has child had measles within the last 3 months? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Look or feel for stiff neck. ▪ Look for runny nose Look for signs of MEASLES: ▪ Generalized rash and ▪ One of these: cough, runny nose or red eyes. 	
If the child has measles now or within the last 3 months:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Look for mouth ulcers If Yes, are they deep and extensive? ▪ Look for pus draining from the eye. ▪ Look for clouding of the cornea. 	
DOES THE CHILD HAVE AN EAR PROBLEM? Yes ___ No ___		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Is there ear pain? ▪ Is there ear discharge? If Yes, for how long? ___ Days 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Look for pus draining from the ear. ▪ Feel for tender swelling behind the ear. 	
THEN CHECK FOR MALNUTRITION AND ANAEMIA		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Look for visible severe wasting. ▪ Look for palmar pallor Severe palmar pallor? Some palmar pallor? ▪ Look for oedema of both feet. ▪ Determine weight for age. Very low ___ Not Very low ___ 	
CHECK THE CHILD'S IMMUNIZATION STATUS Circle immunizations needed today (Based on Card).		Return for next immunization on:
<u>BCG</u> <u>DPT 1</u> <u>DPT 2</u> <u>DPT 3</u> <u>OPV 0</u> <u>OPV 1</u> <u>OPV 2</u> <u>OPV 3</u> <u>OPV 4</u> <u>Measles</u> <u>Vitamin A</u> <u>Anthelmintic</u>		_____ (Date)

ASSESS OTHER PROBLEMS: _____

0a. Did your child receive a vaccination today?

আপনার শিশু কি আজ কোন টিকা পেয়েছে?

- (1) Yes
 (2) No

Facility code.

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
IMCI MULTI-COUNTRY EVALUATION
 Health Facility Survey 2003
Form 4. EQUIPMENT AND SUPPLY CHECKLIST

District: Matlab	
Facility Name: _____	
Surveyor Name & ID: _____	Date: ___/___/___

Discuss with the head of facility to determine the number of health workers who usually have child case-management responsibilities:

Table 1: Characteristics of health workers with case management responsibilities

Category	No. assigned to facility	No. assigned to case management of children	No. managing children present today			No. managing children trained in IMCI	No. trained in IMCI present today		
			1	2	3		1	2	3
Physician									
Nurse									
SACMO*									
Medical Assistant									
Family Welfare Visitor									
Midwife									
Pharmacist									
Health Assistant									
Others									
Total									

Ask a health worker to show you around the facility. Look and touch to complete the following questions.

EQUIPMENT AND SUPPLIES MODULE

E1. Does the facility have the following equipment and materials?

- a. Accessible and working adult scale? (1)Yes (2)No
- b. Accessible and working baby scale? (1)Yes (2)No
- c. Working watch or timing device? (1)Yes (2)No
- d. Supplies to mix ORS, cups and spoons (1)Yes (2)No
- e. Source of clean water (1)Yes (2)No

- f. Stock cards/drug logbook (1)Yes (2)No
- g. Child vaccination cards (1)Yes (2)No
- h. Mothers' counselling cards? (1)Yes (2)No
- i. IMCI chart booklet? (1)Yes (2)No

Facility code.

E2. Does the facility have needles and syringes appropriate for vaccinations?

- (1) Yes
- (2) No

E3. Does the facility have a functional sterilizer, cooker or stove?

- (1) Yes
- (2) No

E4. Does the facility have a functioning fridge?

- (1) Yes → *Skip to question # E6*
- (2) No

E5. Does the facility have cold packs and cold boxes?

- (1) Yes
- (2) No → *Skip to module on availability of drugs*

E6. Does the facility have the following vaccines in stock?

- | | |
|--------------------|--------------|
| a. BCG vaccine | (1)Yes (2)No |
| b. OPV vaccine | (1)Yes (2)No |
| c. DPT vaccine | (1)Yes (2)No |
| d. Measles vaccine | (1)Yes (2)No |
| e. TT vaccine | (1)Yes (2)No |

AVAILABILITY OF DRUGS MODULE

Check the drug stocks. Answer the following questions based on what you see.

D1. Does the facility have the following drugs available the day of visit?

- a. ORS (1)Yes (2)No
- b. Recommended antibiotic for pneumonia (Cotrimoxazole) (1)Yes (2)No
- c. Another antibiotic recommended for pneumonia (Amoxicillin) (1)Yes (2)No
- d. Recommended antibiotic for dysentery (Cotrimoxazole)..... (1)Yes (2)No
- e. Another antibiotic recommended for dysentery (Nalidixic)..... (1)Yes (2)No
- f. Recommended oral antimalarial (Chloroquine) (1)Yes (2)No
- g. Another recommended antimalarial
(Sulphadoxine+Pyrimethamine [*Fansidar*]) (1)Yes (2)No
- h. Vitamin A (1)Yes (2)No
- i. Iron (1)Yes (2)No
- j. Paracetamol (1)Yes (2)No
- k. Mebendazole/Albendazole (1)Yes (2)No
- l. Tetracycline eye ointment (1)Yes (2)No
- m. Gentian violet (1)Yes (2)No
- n. Multivitamin/minerals (1)Yes (2)No

D2. Does the facility have the following injectable drugs available the day of visit?

- a. Recommended intramuscular antibiotic for children (Ampicillin)..... (1)Yes (2)No
- b. Quinine IM (1)Yes (2)No
- c. Benzylpenicillin IM..... (1)Yes (2)No
- d. Gentamicin IM (1)Yes (2)No
- e. Sterile water for injection (1)Yes (2)No
- f. Recommended IV fluid for severe dehydration:
(Cholera Saline or Ringer's Lactate Solution)..... (1)Yes (2)No

FACILITY SERVICES MODULE

Ask the following questions to the health worker who has been observed during case management. If there are several health workers who have been observed managing cases in the same facility, discuss the following questions with all of them and try to reach a consensus for each question. Add comments on the back of the form if you have any problems.

S1. How many days per week is the facility open? _____ days/week

S2. How many days per week are child health services provided? _____ days/week

S3. How many days per week are vaccination services available? _____ days/week

Other: _____

S5. How many times during the last six months did the facility receive a supervisory visit? _____ times
if 0 time, skip to question # S8

S5a. Who did the supervisory visit to the facility? How many times?

<u>Name and Designation</u>	<u>Code</u>	
1. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____ times
2. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____ times
3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____ times

S6. How many of these supervisory visits were follow-up visits to health workers who have been recently trained in IMCI? _____ visits

ASK THE HEALTH WORKER QUESTION 7 BASED ON THE MOST RECENT SUPERVISORY VISIT THAT WAS NOT AN IMCI FOLLOW-UP VISIT:

S7. Did the supervisor observe case management of a sick child the last time he/she visited the facility?
(1) Yes
(2) No
(3) Doesn't know

S8. Where do you usually refer the severely-ill children?

- (1) Govt. Hospital in Matlab
- (2) ICDDR,B/Cholera Hospital in Matlab
- (3) Any Hospital in Chandpur
- (4) Any Hospital in Dhaka
- (5) Any Hospital in Narayanganj
- (6) Any Hospital in Comilla
- (7) Any OTHER Hospital *Specify:* _____
- (8) Private physician *Specify:* _____
- (9) Other *Specify:* _____

S9. What is the most common local transport that patients would use to go to the usual referral center/physician (mentioned in S8)? How long does it usually take to go there and how much does it usually cost?

Usual means of transport: _____

Usual time: _____ hours

Usual cost: _____ Taka

S10. Have you ever wanted to refer a very severely-ill child but been unable to do so?

- (1) Yes → Why? _____
- (2) No

S11. If you had to refer 10 children to the hospital, how many of them do you think will end up going to the hospital? _____

FACILITY RECORDS MODULE

Ask the health worker responsible for records to help you identify records for all visits to the health facility. Do not include inpatient records. Use these records to answer the questions below. If not enough information is available to answer a question, mark NI (not enough information).

R1. What is the total number of visits to the health facility for outpatient services during July 2003 ?

No. of visits: _____

R2. How many of these visits were made by children from 0 up to 5 years?

_____ visits by children under 5

R3. How many of these child visits were made by female children ?

_____ visits by female children

R4. How many of these visits were made by children between the ages of 0 up to 2 months?

_____ visits by children 0 day-2 months



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR,B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone: 880-2-8811751-60, Telex : 642486 ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Cholera Dhaka

Memorandum

14 February 2005

To : Dr. Shams El Arifeen
Principal Investigator of research protocol # 99-009
Public Health Sciences Division (PHSD)

From: Professor AKM Nurul Anwar
Chairman
Ethical Review Committee (ERC)

AKM Nurul Anwar
26/2/05

Sub : Approval of the updated version of research protocol # 99-009

Thank you for your memo dated February 9, 2005 and the updated version of your research protocol # 99-009 titled "An evaluation of the health and economic impact of integrated management of childhood illness (IMCI), Matlab, Bangladesh: a randomized experimental study". The Committee observed your satisfactory addressing of issues raised by the Committee in its meeting held on January 26, 2005 in the modified version of the protocol, and accorded its approval for implementation of the research protocol. However, you would be required to observe the following terms and conditions in implementing the research protocol:

As the Principal Investigator, the ultimate responsibility for scientific, and ethical conduct including the protection of the rights and welfare of study participants vest upon you. You shall also be responsible for ensuring the competence, integrity and ethical conduct of the investigators and other staff directly involved in this research protocol.

You shall conduct the study in accordance with the ERC-approved protocol and shall fully comply with any subsequent determinations by the ERC.

You shall obtain prior approval from the Research Review Committee and the ERC for any modification in the approved research protocol and/or approved consent form(s), except in case of emergency to safeguard/eliminate apparent immediate hazards to study participants. Such changes must be immediately reported to the ERC Chairman.

You shall recruit/enroll participants for this study strictly adhering to the criteria mentioned in the research protocol.

You shall obtain legally effective informed consent (i.e. consent should be free from coercion or undue influence) from the selected study participants or their legally responsible representative, as approved in the protocol, using the approved consent form prior to their enrollment in this study. Before obtaining consent, all prospective study participants must

be adequately informed about the purpose(s) of the study, its methods and procedures, and also what would be done if they agree and also if they do not agree to participate in the study. They must be informed that their participation in the study is voluntary and that they can withdraw their participation any time without any prejudice. Signed consent forms should be preserved for a period of at least five years following official termination of the study.

You shall promptly report the occurrence of any Adverse Event or Serious Adverse Event or unanticipated problems of potential risk to study participants or others to the ERC in writing within 24 hours of such occurrences.

Any significant new findings, developing during the course of this study that might affect the risks and benefits and thus influence either participation in the study or continuation of participation should be reported in writing to the participants and the ERC.

Data/samples should be collected and interviews should be conducted, as specified in the ERC-approved protocol, and confidentiality must be maintained. Data/samples must be protected by reasonable security, safeguarding against risks such as their loss or unauthorized access, destructions, used by others, and modification or disclosure of data. Data/samples should not be disclosed, made available or use for purposes other than those specified in the protocol, and shall be preserved for a period, as specified under Centre's policies/practices.

You shall promptly and fully comply with the decision of the ERC to suspend or withdraw its approval for the research protocol.

You shall report progress of research to the ERC for continuing review of the implementation of the research protocol as stipulated in the ERC Guidelines. Relevant excerpt of ERC Guidelines and '*Annual/Completion Report for Research Protocol involving Human Subjects*' are attached for your information and guidance.

I wish you all success in running the above-mentioned study.

Copy: Director, PHSD



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR,B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone : 880-2-8811751-60, Telex : 642486, ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Cholera Dhaka

To : Professor AKM Nurul Anwar
Chairman
Ethical Review Committee

From : Shams El Arifeen
Principal investigator of research protocol #99-009
Public Health Sciences Division

Date: February 09, 2005

Subject: Response to reviews of research protocol # 99-009 titled "**An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood-Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh – a randomized experimental study**"

I appreciate and thank the Committee for reviewing the research protocol and for sending the comments. Our response to the comments follows:

- a) Since there is no 'Data Management Unit' of ICDDR,B, the investigators should clarify where data would actually be stored (Abstract Summary, page 2). There is a need of this information since the ERC might also review data.
 - All the data related with this study will be kept in the Data Management Section of Child Health Unit, PHSD, ICDDR,B. The abstract summary has been corrected (page 2).
- b) RRC Application Form: Population: Inclusion of special groups (p2): mentions only about under-five children. The study, however, involves interviewing of their mothers and other members of the family, and changes in the child feeding and caring practices as well. There are separate consent forms for these populations. Thus, inclusion of these groups needs to be reflected in the RRC Application Form.
 - We thank you for pointing this out. We have corrected the RRC Application form.

Thank you.

cc : Director, PHSD

In my view the PI has addressed both of the issues in a satisfying way.

Thanks

[Signature]
14/2/05

ETHICAL REVIEW COMMITTEE, ICDDR,B

Principal Investigator: Shams El Arifeen

Trainee Investigator (if any): Yes No

Protocol Number: 1 9 9 9 - 0 0 9

Supporting Agency (if Non-ICDDR,B):
WHO-Geneva and USAID/Dhaka

Protocol Title:

Project Status: _____

An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study.

New Study

Continuation with change

No change (do not fill out rest of the form)

Check the appropriate box to answer to each of the following (If Not Applicable write NA)

1. Source of Population: Yes No
- (a) Ill subjects
 - (b) Non-ill subjects
 - (c) Minor or persons under guardianship

5. Will Signed Consent Form be Required: Yes No
- (a) From subjects
 - (b) From parents or guardian (if subjects are minor)

2. Does the Study Involve:
- (a) Physical risk to the subjects
 - (b) Social risk
 - (c) Psychological risks to subjects
 - (d) Discomfort to subjects
 - (e) Invasion of privacy
 - (f) Disclosure of information damaging to subject or others

6. Will precautions be taken to protect anonymity of subjects

3. Does the Study Involve:
- (a) Use of records (hospital, medical, death or other)
 - (b) Use of fetal tissue or abortion
 - (c) Use of organs or body fluids

7. Check documents being submitted herewith to Committee:
- Umbrella proposal - Initially submit an with overview (all other requirements will be submitted with individual studies Protocol (Required)
 - Abstract Summary (Required)
 - Statement given or read to subjects on nature of study, risks, types of questions to be asked, and right to refuse to participate or withdraw (Required)
 - Informed consent form for subjects
 - Informed consent form for parent or guardian
 - Procedure for maintaining confidentiality
 - Questionnaire or interview schedule*

4. Are Subjects Clearly Informed About:
- (a) Nature and purposes of the study
 - (b) Procedures to be followed including alternatives used
 - (c) Physical risk
 - (d) Sensitive questions
 - (e) Benefits to be derived
 - (f) Right to refuse to participate or to withdraw from study
 - (g) Confidential handling of data
 - (h) Compensation &/or treatment where there are risks or privacy is involved in any particular procedure

- * If the final instrument is not completed prior to review, the following information should be included in the abstract summary
1. A description of the areas to be covered in the questionnaire or interview which could be considered either sensitive or which would constitute an invasion of privacy
 2. Example of the type of specific questions to be asked in the sensitive areas
 3. An indication as to when the questionnaire will be presented to the Committee for review

We agree to obtain approval of the Ethical Review Committee for any changes involving the rights and welfare of subjects before making such change.

Principal Investigator

Trainee

Abstract Summary for ICDDR,B Ethical Review Committee

Project Title:

An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh - a randomized experimental study.

Purpose of the study, the methods and procedure to be used

The Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy has been developed by WHO and UNICEF in response to the need to address the main causes of childhood mortality in developing countries and overcome the limitations of existing disease-specific interventions. IMCI includes strategies for the integrated management of the sick child at first-level facilities, health system improvements, and improvement of community and family practices. Guidelines for the integrated case management are already available while work is ongoing on the community component.

As part of WHO's Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE), a long term study is underway to evaluate the health impact and cost-effectiveness of IMCI, when implemented in the best circumstances and using a randomized experimental design. The study is being conducted in the Matlab Upazilla excluding ICDDR,B intervention areas. Selected first-level GoB facilities of Matlab Upazilla were randomly selected for IMCI intervention or comparison. In the intervention facilities, IMCI service delivery has been made available and referral systems established. There was, however, a delay of about 1 year in initiating facility interventions due to delays in government decisions regarding starting of IMCI training in the country. A management support structure has been put in place to ensure best-possible implementation of IMCI. Based on formative research, interventions are also being implemented in the intervention catchment communities since mid-2003. These include counseling by existing GoB and NGO community-based field staff for improved child feeding and care seeking practices, communications through community meetings and local theatres, and involving village doctors in referral and avoidance of harmful practices. In the comparison facilities and their catchment areas existing government and ICDDR,B services continue.

Findings from the first 3 years of intervention indicate improvements in the quality of care in the health facilities and a more than 3-fold increase in utilization. Careseeking from trained providers for childhood illness has also improved. Improvements in coverage of community interventions have been slower. Final evaluation is now planned for 2007 based on the suggestions by the MCE Technical Advisors. The impact of IMCI on child mortality and other health indicators will be evaluated by comparing the data collected from household and demographic surveys, household health and morbidity surveys and health facility surveys with that of comparison areas.

Requirements for a subject population

Describe the requirements for a subject population and explain the rationale for using in this population special groups such as children, or groups whose ability to give voluntary informed consents may be in question

The intervention being evaluated as part of this study involves improvement of health services for under-5 children. Consequently the study only involves under-5 children, their caretakers and families.

Therefore the subject population of the surveys will be under 5 children and their caretakers. The baseline and final household and demographic surveys will be administered in

all households of the study area to collect socio-economic data to identify the poverty level of the household and to identify other modifying factors.

Potential risk

Describe and assess any potential risks – physical, psychological, social, legal or other -- and assess the likelihood and seriousness of such risks. If methods of research create potential risks, describe other methods, if any, that were considered and why they will not be used.

There are no physical risks associated with participation in this study. The treatments received by the children will be the standard treatments recommended by the Government of Bangladesh. No treatment will be administered by members of the study team; rather they will be administered by Government of Bangladesh and NGO service providers. The role of the study team will be to evaluate whether the treatments are prescribed appropriately by health workers and administered appropriately by parents in the home. The only risks involved in your participation in this survey are the time of study participants.

Procedure for minimizing risk

Describe procedures for protecting against or minimizing potential risks and an assessment of their likely effectiveness.

Not applicable.

Methods for safeguarding confidentiality

Include a description of the methods for safeguarding confidentiality or protecting anonymity.

All data related with this study will be kept in the Data Management Section of Child Health Unit of ICDDR,B Dhaka, Bangladesh. The section occupies a separate space in Child Health Unit, ICDDR,B with computers for data entry and storage for the questionnaires. Access to the unit is restricted to personnel working on data entry and analysis. The head of the unit is Ms. Nazma Begum. The identity of the respondents and persons participating in the study will be kept confidential. The study forms/ records will be stored for three years after study completion in ICDDR,B head office in Dhaka under lock and key. Only project staff will have access to these forms. In addition, staff members from organizations funding this study may also review the forms.

Consent procedures

When there are potential risks to the subject, or the privacy of the individual may be involved, the investigator is required to obtain a signed informed consent statement from the subject. For minors, informed consent must be obtained from the authorized legal guardian or parents of the subject. Describe consent procedures to be followed including how and where informed consent will be obtained.

Informed verbal consent will be obtained from the respondent caretakers before the household and demographic surveys, health facility surveys and before the household health and morbidity survey including the rolling surveys. Verbal consents will also be taken before death audit/ verbal autopsy. Written consent will not be taken, as these interviews will not pose any potential risks to the respondents and subjects.

The consent forms to be used are indicated in the following table. The consent process will be verbal for the study participants who are parents/caretakers of children under five. The consent process will be verbal in accordance with other studies conducted by ICDDR,B in rural Bangladesh that have found this to be the most appropriate form of consent given the low level of formal education of most study participants and since there are no issues of risk to participants.

Method	Consent	Consent form (eng/bangla)
Demographic Household Survey	Verbal	Appendices Page 47/51
Household Health and Morbidity Survey including the Rolling Surveys	Verbal	Appendices Page 48/52
Verbal Autopsy and Death Audit Interviews	Verbal	Appendices Page 49/53
Caretaker Interview in the Health Facility Survey	Verbal	Appendices Page 50/54

Interview procedures

If study involves an interview, describe where and in what context the interview will take place. State approximate length of time required for the interview

During the baseline and final household and demographic surveys; household health and morbidity survey including the rolling surveys, interviews will be taken at the household level. Each of them will be take approximately 40 minutes. Caretaker interview in the health facility surveys will be taken at the health facility level and each of them will be take approximately 15 minutes. Death audit/verbal autopsy performed at the household level require around one hour.

Benefits

Assess the potential benefits to be gained by the individual subject as well as the benefits which may accrue to society in general as a result of the planned work. Indicate how the benefits outweigh the risks.

Under five children from the study intervention area will be benefited from improved health care service from their local health facilities if they seek care and the caretaker of the under five will receive information /messages on feeding and child care from the community health worker. Service provider and community health workers will be benefited from improved training and supervision. Information from this study will be shared with the Government of Bangladesh and non-governmental organizations. The intervention models may potentially be used by GoB and NGO programme managers within the package of essential services.

Use of records

State if the activity requires the use of records (hospital, medical, birth, death or other), organs, tissues, body fluids, the fetus or the abortus. The statement to the subject should include information specified in item 2,3,4,5(c) and 7 as well as indicating the approximate time required for participation in the activity.

The activity does not require the use of organs, tissues, body fluids, the fetus or the abortus. Records (hospital, medical, birth, death or other) will be used in the study.



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR,B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone: 880-2-8811751-60, Telex : 642486 ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Cholera Dhaka

Memorandum

18 January 2005

To : Dr. Shams El Arifeen
Principal Investigator of research protocol # 99-009
Public Health Sciences Division (PHSD)

From: David A. Sack, MD
Chairman
Research Review Committee (RRC)

Sub : Research protocol # 99-009

Thank you for your memo dated January 17, 2004 and the modified version of your research protocol # 99-009 titled "An evaluation of the health and economic impact of integrated management of childhood illness (IMCI), Matlab, Bangladesh: a randomized experimental study". The issues that were raised by the RRC in its meeting held on January 6, 2005 on your research protocol have been addressed in the modified version of the protocol to the satisfaction of the Committee. Accordingly, the Committee approved the research protocol to proceed subject to the approval of the ERC.

Terms of approval

You should notify the RRC and the ERC immediately of any serious or unexpected adverse effects on participants or unforeseen events that might affect continued acceptability of the protocol.

Any changes to the research protocol require the submission and approval of an amendment/addendum. Substantial variations may require a new protocol.

Continued approval of this protocol is dependent on your periodically updating the Centre's database for the protocol to show the progress; and a final report/completion report should be submitted at the conclusion of the protocol.

You shall submit a report for time extension of the protocol (in prescribed form) if you are unable to complete the protocol activities within the time mentioned in the protocol.

The RRC should be notified if the project is discontinued before the expected date of completion. The report form is available at the Committee Coordination Secretariat and on the Centre's intranet.

You are responsible for systematic storage and retention of the original data pertaining to the research protocol; and the ownership of data after certain period shall be determined as per Centre's rules and regulations.

I wish you all the success in conducting the research protocol.

Thank you once again.

Copy: Director, PHSD



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR, B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone: 880-2-8811751-60, Telex : 642486 ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Cholera Dhaka

To : Prof. David A. Sack
Chairman
Research Review Committee, ICDDR,B

From : Shams El Arifeen
Principal investigator of research protocol #99-009
Public Health Sciences Division

Date: January 17, 2005

Subject: Response to reviews of research protocol # 99-009 titled "An evaluation of the health and economic impact of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Matlab, Bangladesh – a randomized experimental study"

I appreciate and thank the Committee for reviewing the research protocol and for sending the comments. Our responses to the comments follows:

- a) It is not clear how the new cadre of CHW will be recruited (p25). The qualification of the CHW and the procedure for their recruitment should be included in the protocol.
 - The minimum qualification of the CHW will have to be passing the Secondary School Certificate (SSC) exam. Previous related experience will be preferred. They will be recruited from the local areas by local advertisement followed by written test and interviews. This has been added in the protocol (page 25).
- b) How valid is the use of 2-year rates instead of annual rates in describing under 5 mortality during the HH and Morbidity surveys?
 - The two year rate is valid and is better than annual rates in this case since annual rates fluctuate too much in a small population. BDHS uses five years rates since that survey only includes ~10,000-12,000 households.
- c) The basis of choosing 2,200 under 5 children as the sample size (p26) for the final Health and Morbidity survey should be provided. The protocol should also include what system(s) will be used to identify the systematic sample. This is not clear from table page 10.
 - The basis of choosing 2,200 under 5 children for final Health and Morbidity survey is available in page 10 (last line of 2nd paragraph).
 - In the final Health and Morbidity survey, the same systematic sampling rules will be followed as in the baseline survey. A sample of 2,200 under-5

K.
P. Sack
1/17/05

children was required for this survey. Based on initial numbers of under-5 children being observed in the baseline demographic survey we had estimated that we would obtain the required number of children if we took a systematic sample of every 16th child who was living in the household and was less than 5 years old on the date of visit. In case of the final survey the selection interval will be reestimated after entering the 1st month of final demographic survey data. The systematic sampling scheme was adopted to enable us to simultaneously sample from the on-going demographic survey. Sampling will be done every Sunday from the demographic data entered from the previous week. The sampling lists will be sent every week to Matlab. This has been included in page 26.

- d) The qualification of the lay data collector (p26) should be provided.
 - The lay data collector will be a non medical person whereas the other data collectors of the health facility survey are IMCI trained physicians. The qualification of the data collector will have to be a minimum of Bachelors degree and at least 1 year experience in data collection.
- e) The reference section needs to be corrected. Also the Lancet paper with the interim results should be included in the reference list.
 - We thank you for pointing this out. We have corrected the reference section.
- f) The budget section also needs some clarification: e.g. in the personnel section, some has 100% time involvement but no budget allocation, and some has no involvement but budgetary involvement has been made.
 - We have corrected the budget personnel section.

Thank you.

cc : Director, PHSD



International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
CENTRE FOR HEALTH AND POPULATION RESEARCH
Mail : ICDDR,B, GPO Box 128, Dhaka-1000, Bangladesh
Phone: 880-2-8811751-60, Telex : 642486 ICDD BJ
Fax : 880-2-8823116, 8812530, 8811568, 8826050, 9885657, 8811686, 8812529
Cable : Cholera Dhaka

Memorandum

9 January 2005

To : Dr. Shams El Arifeen
Principal Investigator of research protocol # 2005-003
Public Health Sciences Division (PHSD)

From: David A. Sack, MD
Chairman
Research Review Committee (RRC)

Sub : Research protocol # 2005-003

Thank you for your research protocol # 2005-003 titled "An evaluation of the health and economic impact of integrated management of childhood illness (IMCI), Matlab, Bangladesh: a randomised experimental study", which the RRC considered in its meeting held on January 6, 2005. After review and discussion, the Committee made following observations on the research protocol:

- a) It is not clear how the new cadre of CHW will be recruited (p25). The qualification of the CHW and the procedure for their recruitment should be included in the protocol.
- b) How valid is the use of 2-year rates instead of annual rates in describing under 5 mortality during the HH and Morbidity surveys?
- c) The basis for choosing 2,200 under 5 children as the sample size (p26) for the final Health and Morbidity survey should be provided. The protocol should also include what system(s) will be used to identify the systematic sample. This is not clear from table on page 10.
- d) The qualification of the lay data collectors (p26) should be provided.
- e) The reference section needs to be corrected. Also the Lancet paper with the interim results should be included in the reference list.
- f) The budget section also needs some clarification; e.g. in the personnel section, some has 100% time involvement but no budget allocation, and some has no involvement but budgetary allocation has been made.

The Committee has agreed to allow you to use the old protocol number (i.e. # 99-009) for this phase of the study. So while submitting the modified version of the protocol addressing the above issue, you should use the old protocol number.

You are, therefore, advised to revise the research protocol addressing above issues and submit modified version of the research protocol for consideration of the RRC Chair.

Thank you once again.

Copy: Director, PIISD