

एनसीएलईएडी बच्चा/बच्ची पहचान: \_\_\_\_\_  
तिथि: \_\_\_\_\_  
साक्षात्कारकर्ता: \_\_\_\_\_

काउंटी: \_\_\_\_\_

### मसाले और घरेलू उपचार सर्वेक्षण

*साक्षात्कारकर्ताओं के लिए निर्देश: यदि आपको इस बात का संदेह है कि मसाले, हर्बल उपचार या आयात किए गए पेय-पदार्थ बच्चे/बच्ची के लिए प्रमुख एक्सपोजर का स्रोत हो सकते हैं, तो कृपया प्रमुख जांच के दौरान बच्चे/बच्ची के प्राथमिक देखभालकर्ता को यह सर्वेक्षण पूरा करने के लिए दें। यदि संभव हो, तो आपके द्वारा एकत्र किए जाने वाले सभी नमूनों में प्रत्येक उत्पाद के सामने और पीछे के खाद्य लेबल की तस्वीरें खींचें। यदि माता/पिता आपको सटीकता से यह नहीं बता सकते हैं कि बच्चे/बच्ची द्वारा पदार्थ की कितनी मात्रा का सेवन किया जाता है, तो कृपया उन्हें आपको यह दिखाने के लिए कहें कि वे इसे कैसे मापते हैं और फिर आप राशि का अनुमान लगा सकते/सकती हैं।*

1. क्या आपका बच्चा/बच्ची वर्तमान में कोई **फॉर्मूला** पीता/पीती है? हाँ नहीं
  2. क्या आपका बच्चा/बच्ची वर्तमान में **स्तनपान कर रहा/रही है**? हाँ नहीं
  3. क्या आपका बच्चा/बच्ची वर्तमान में **चाय** पीता/पीती है? हाँ नहीं
  4. क्या आपका बच्चा/बच्ची वर्तमान में **कॉफी** पीता/पीती है? हाँ नहीं
  5. आपका बच्चा/आपकी बच्ची दूध या फॉर्मूले के अलावा **किस भोजन का सबसे अधिक सेवन करता/करती है**? \_\_\_\_\_
- 
6. आप कितनी बार **घर में खाना बनाते/बनाती हैं**?  सप्ताह में 1-3 बार  सप्ताह में 3-5 बार  सप्ताह में 5-7 बार सप्ताह  बहुत ही कम
  7. क्या **आपका बच्चा/आपकी बच्ची** हर्ब, मसाले या अन्य सीज़निंग के साथ तैयार किया गया **कोई भी** भोजन **खाता/खाती है**?  
 हाँ (इन्हें पृ.2 में दिए गए चार्ट में सूचीबद्ध करें)  नहीं
  - 7a. यदि नहीं, तो क्या आप अपने बच्चे/अपनी बच्ची के लिए बिना मसाले का **अलग भोजन** तैयार करते/करती हैं? .....हाँ  नहीं
  8. क्या **वर्ष में ऐसा कोई समय** (जैसे अवकाश) है, जब आपका बच्चा/आपकी बच्ची **7a** में सूचीबद्ध खाद्य-पदार्थों का सेवन दूसरों की तुलना में अधिक करता/करती है?  हाँ  नहीं
  - 8a. यदि हाँ, तो **कब**? \_\_\_\_\_
  9. क्या आपका बच्चा/आपकी बच्ची कोई भी **हर्बल संपूरक, पारंपरिक दवाइयाँ, या विटामिन** लेता/लेती है?  
 हाँ (इन्हें पृ.2 में दिए गए चार्ट में सूचीबद्ध करें)  नहीं
  10. क्या अपने बच्चे/अपनी बच्ची के बीमार पड़ने पर आप उसके लिए कोई **घरेलू उपचार** तैयार करते/करती हैं, जैसे "हल्दीयुक्त दूध?"  
 हाँ (इन्हें पृ.2 में दिए गए चार्ट में सूचीबद्ध करें)  नहीं

एनसीएलईएडी बच्चा/बच्ची पहचान: \_\_\_\_\_  
 तिथि: \_\_\_\_\_  
 साक्षात्कारकर्ता: \_\_\_\_\_

काउंटी: \_\_\_\_\_

**साक्षात्कारकर्ताओं के लिए निर्देश: एकत्र किए जाने वाले हर्ब, मसालों और संपूरकों के नमूनों के बारे में निम्नलिखित जानकारी रिकॉर्ड करें**

हर्ब/ मसाले/ संपूरक का नाम	ब्रांड का नाम	लॉट संख्या	कैसे प्राप्त किया? (किसी एक विकल्प पर सही का निशान लगाएँ)	क्या इसे यूएसए में खरीदा गया था?	> यदि यूएसए में या ऑनलाइन खरीदा गया था, तो नीचे स्टोर का नाम, पता, नगर, और राज्य लिखें > यदि यूएसए से बाहर खरीदा गया था, तो नीचे खरीद के देश का नाम लिखें
			<input type="checkbox"/> खरीदा <input type="checkbox"/> परिवार/दोस्तों द्वारा भेजा गया	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
			<input type="checkbox"/> खरीदा <input type="checkbox"/> परिवार/दोस्तों द्वारा भेजा गया	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
			<input type="checkbox"/> खरीदा <input type="checkbox"/> परिवार/दोस्तों द्वारा भेजा गया	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
			<input type="checkbox"/> खरीदा <input type="checkbox"/> परिवार/दोस्तों द्वारा भेजा गया	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
			<input type="checkbox"/> खरीदा <input type="checkbox"/> परिवार/दोस्तों द्वारा भेजा गया	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
			<input type="checkbox"/> खरीदा <input type="checkbox"/> परिवार/दोस्तों द्वारा भेजा गया	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
			<input type="checkbox"/> खरीदा <input type="checkbox"/> परिवार/दोस्तों द्वारा भेजा गया	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	