

**Upto 13 years**

**13 वर्ष तक**

**CENTRE FOR ADOLESCENT HEALTH**

**Lady Harding Medical College, New Delhi**

**किशोर स्वास्थ्य केन्द्र**

**लेडी हार्डिंग मैडिकल कॉलेज, नई दिल्ली**

**Adolescent Screening Tool**

**किशोर स्क्रीनिंग साधन**

**Please follow the instructions given below**

कृपया नीचे दिए निर्देशों का पालन करें

\* This questionnaire is meant to know about your health and not to judge you. The information provided by you will be kept confidential

यह प्रश्नावली आपके स्वास्थ्य की जानकारी के लिए है न कि आपका आकलन करने के लिए है। आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी को गोपनीय रखा जाएगा

- Mark your option as (✓)  
अपने उत्तर के आगे (✓) चिन्ह लगाएँ
- In question 1 to 20 select one of the four options  
प्रश्न १ से २० तक चार में से एक विकल्प का चयन करें
- In questions 21 - 25 select one of the three options  
प्रश्न २१ से २५ तक तीन में से एक विकल्प का चयन करें
- No questions should be left unmarked  
सभी प्रश्नों का उत्तर दें

Date/ तिथि :

Name/ नाम :

Age/आयु :

Sex/लिंग :

Address and contact no./ घर का पता तथा मोबाईल नंबर :

School name and class/ विद्यालय का नाम एवं कक्षा :

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
1.	<b>Do you feel your height or weight is above or below normal?</b> क्या आपको अपना वजन या लम्बाई सामान्य से कम या अधिक लगते हैं?				
2.	<b>Are you troubled by pimples and acne so much so that you avoid meeting people or going out with friends?</b> क्या आप मुहासों से इतना परेशान रहते हैं कि लोगों से मिलना जुलना या दोस्तों के साथ बाहर जाना टालते हैं?				
3.	<b>Do you get worried about the changes (like breast size, change in private parts and facial hair) so much that it disturbs your studies and daily routine?</b> क्या आप परिवर्तनो (जैसे स्तनो का नाप, गुप्तांगों में बदलाव व चेहरे पर बाल आना) के बारे में इतने चिन्तित रहते हैं कि आपकी पढ़ाई व रोजमर्रा के कामकाज पर दुप्रभाव पड़ता है?				
4.	<b>Do you feel that you are suffering from some serious illness?</b> क्या आपको महसूस होता है कि आप किसी गंभीर बीमारी से पीड़ित हैं?				
5.	<b>Do you face any problem in taking active part in sport activities?</b> क्या आप खेलकूद में भाग लेने में किसी समस्या का सामना करते हैं?				
6.	<b>Do you easily get influenced by friends for doing avoidable activities ( like bunking classes, smoking and teasing others?</b> क्या आप अनावश्यक गतिधियों (जैसे कक्षा में अनुपस्थित रहना, धूम्रपान करना तथा दूसरों को चिढ़ाना) में अपने दोस्तों के प्रभाव में आसानी से आ जाते हैं?				

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
7.	<b>Do you feel so much attracted to someone that you do not feel like studying at all?</b> क्या आप किसी के प्रति इतने आकर्षित महसूस करते हैं जिससे आपके रोज़मर्रा के कामकाज या पढ़ाई में बाधा होती है?				
8.	<b>Do you feel sad or unhappy?</b> क्या आप उदास या दुखी रहते हैं?				
9.	<b>Do you feel less energetic or easy fatigability?</b> क्या आपकी कमजोरी या बहुत जल्दी थकान महसूस होती है?				
10.	<b>Do you feel less interested in activities which were earlier enjoyable?</b> पहले जो चीज़ें आपको अच्छी लगती थीं, क्या उनमें अब आनन्द कम आता है?				
11.	<b>Do you have any trouble in falling asleep, staying asleep or sleeping too much?</b> क्या आपको नींद आने की, सोए रहने की या ज्यादा सोने की परेशानी है?				
12.	<b>Do you worry a lot (e.g. future misfortunes etc.)?</b> क्या आप अत्यधिक चिन्ता करते हैं (जैसे भविष्य में बहुत बुरा होना)?				
13.	<b>Do you feel sweaty, heart pounding, dizziness or dry mouth?</b> क्या आप पसीना पसीना होना, दिल धड़कना, चक्कर आना या मूँह सूखने जैसा महसूस करते हैं?				
14.	<b>Do you feel restless, trembling, tremors, difficulty in relaxing, fidgeting, tension or headache?</b> क्या आप बेचैनी, कंपन, तनाव, सरदर्द या घबराहट महसूस करते हैं?				
15.	<b>Do you feel difficulty in following instructions?</b> क्या आपको आदेशों/निर्देशों का पालन करने में दिक्कत महसूस होती है?				

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
16.	<b>Do you find difficulty in sitting for a sustained period?</b> क्या आपको लगातार बैठे रहने में दिक्कत महसूस होती है?				
17.	<b>Do you find difficulty in concentrating in work or studies?</b> क्या आपको कार्य या पढ़ाई में ध्यान केन्द्रित करने में दिक्कत महसूस होती है?				
18.	<b>Do you find that other people get annoyed because of the things you do?</b> क्या लोग आपके कार्यों के लिए आपसे नाराज़ रहते हैं?				
19.	<b>Are there arguments &amp; fights with friends, parents and teachers?</b> क्या आपको बहस और झगड़ा अपने मित्रों, माता-पिता और अध्यापकों से हो जाता है?				
20.	<b>Do you get blamed for lying, stealing, destroying the property, running from school or home or harming the animals?</b> क्या आपको झूठ बोलने, चोरी करने या चीजें तोड़ने के लिए, स्कूल या घर से भागने या जानवरों को परेशान करने का दोषी ठहराया जाता है?				

Answer the following questions in “Yes” or “No”  
नीचे लिखे प्रश्नों का उत्तर हाँ या ना में दीजिए

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	Yes हाँ	No नहीं	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
21.	<b>Do you think that you have any such problem for which you need to consult a doctor / counselor / health worker?</b> क्या आपको लगता है कि आपको ऐसी कोई समस्या है जिसके लिए आपको डॉक्टर/सलाहकार/स्वास्थ्य कर्मचारी के पास जाना चाहिए?			
22.	<b>Do you have any friend / relative or other person with whom you can share your feelings or experiences?</b> क्या आपका ऐसा दोस्त/रिश्तेदार या कोई अन्य व्यक्ति है जिससे आप अपने मन की सभी बातें/अनुभव बाँट सकते हैं?			
23.	<b>Has there been a time in the past month when you have had serious thoughts about ending your life?</b> पिछले एक महीने में क्या कभी आपको अपनी जान लेने के गंभीर विचार आए हैं?			
24.	<b>Have you ever, in your whole life, tried to kill yourself or made a suicide attempt?</b> क्या आपने पूरे जीवन में कभी भी आत्महत्या की कोशिश की है?			

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	Yes हाँ	No नहीं	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
25(a)	<b>Do you exercise or participate in outdoor games atleast five days in a week?</b> क्या आप सप्ताह में कम से कम पाँच दिन व्यायाम या बाहर के खेलकूद में भाग लेते हैं?			
25(b)	<b>Do you watch T.V. / computer or spend time on mobile for more than two hours per day?</b> क्या आप दिन में औसतन दो घंटे से अधिक समय टी वी, कंप्यूटर या मोबाइल के साथ बिताते हैं?			

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	Yes हाँ	No नहीं	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
25(c)	<p><b>Do you consume fruits, fruit juices or green leafy vegetables in your routine diet atleast five days a week?</b></p> <p>क्या आप सप्ताह में कम से कम पाँच दिन अपने भोजन में फल या फल के रस एवं हरी पत्तेदार सब्जियों का सेवन करते हैं?</p>			
25(d)	<p><b>Does anybody in your family (parents, siblings, grandparents or maternal grand parents etc.) have high blood pressure, diabetes or any heart disease?</b></p> <p>क्या आपके परिवार (माता-पिता, भाई-बहन, दादा-दादी, नाना-नानी इत्यादि) में किसी को उच्चरक्तचाप (हाई बीपी) डाईबिटीज़ या दिल की बीमारी है?</p>			

**THANK YOU FOR PARTICIPATION**

भाग लेने के लिए धन्यवाद

For 14 years and above  
14 वर्ष एवं अधिक



## **CENTRE FOR ADOLESCENT HEALTH**

**Lady Harding Medical College, New Delhi**

किशोर स्वास्थ्य केन्द्र

लेडी हार्डिंग मैडिकल कॉलेज, नई दिल्ली

### **Adolescent Screening Tool**

किशोर स्क्रीनिंग साधन

#### **Please follow the instructions given below**

कृपया नीचे दिए निर्देशों का पालन करें

\* This questionnaire is meant to know about your health and not to judge you. The information provided by you will be kept confidential

यह प्रश्नावली आपके स्वास्थ्य की जानकारी के लिए है न कि आपका आकलन करने के लिए है। आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी को गोपनीय रखा जाएगा

- Mark your option as (✓)  
अपने उत्तर के आगे (✓) चिन्ह लगाएँ
- In question 1 to 20 select one of the four options  
प्रश्न १ से २० तक चार में से एक विकल्प का चयन करें
- In questions 21 - 25 select one of the three options  
प्रश्न २१ से २५ तक तीन में से एक विकल्प का चयन करें
- No questions should be left unmarked  
सभी प्रश्नों का उत्तर दें

Date/ तिथि :

Name/ नाम :

Age/आयु :

Sex/लिंग :

Address and contact no./ घर का पता तथा मोबाईल नंबर :

School name and class/ विद्यालय का नाम एवं कक्षा :

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
1.	<b>Do you feel your height or weight is above or below normal?</b> क्या आपको अपना वजन या लम्बाई सामान्य से कम या अधिक लगते हैं?				
2.	<b>Are you troubled by pimples and acne so much so that you avoid meeting people or going out with friends?</b> क्या आप मुहासों से इतना परेशान रहते हैं कि लोगों से मिलना जुलना या दोस्तों के साथ बाहर जाना टालते हैं?				
3.	<b>Do you get worried about the changes (like breast size, change in private parts and facial hair) so much that it disturbs your studies and daily routine?</b> क्या आप परिवर्तनो (जैसे स्तनो का नाप, गुप्तांगों में बदलाव व चेहरे पर बाल आना) के बारे में इतने चिन्तित रहते हैं कि आपकी पढ़ाई व रोजमर्रा के कामकाज पर दुप्रभाव पड़ता है?				
4.	<b>Do you feel that you are suffering from some serious illness?</b> क्या आपको महसूस होता है कि आप किसी गंभीर बीमारी से पीड़ित हैं?				
5.	<b>Do you face any problem in taking active part in sport activities?</b> क्या आप खेलकूद में भाग लेने में किसी समस्या का सामना करते हैं?				
6.	<b>Do you easily get influenced by friends for doing avoidable activities ( like bunking classes, smoking and teasing others)?</b> क्या आप अनावश्यक गतिधियों (जैसे कक्षा में अनुपस्थित रहना, धूम्रपान करना तथा दूसरों को चिढ़ाना) में अपने दोस्तों के प्रभाव में आसानी से आ जाते हैं?				



Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
7.	<b>Do you feel so much attracted to someone that you do not feel like studying at all?</b> क्या आप किसी के प्रति इतने आकर्षित महसूस करते हैं जिससे आपके रोज़मर्रा के कामकाज या पढ़ाई में बाधा होती है?				
8.	<b>Do you feel sad or unhappy?</b> क्या आप उदास या दुखी रहते हैं?				
9.	<b>Do you feel less energetic or easy fatigability?</b> क्या आपकी कमजोरी या बहुत जल्दी थकान महसूस होती है?				
10.	<b>Do you feel less interested in activities which were earlier enjoyable?</b> पहले जो चीज़ें आपको अच्छी लगती थीं, क्या उनमें अब आनन्द कम आता है?				
11.	<b>Do you have any trouble in falling asleep, staying asleep or sleeping too much?</b> क्या आपको नींद आने की, सोए रहने की या ज्यादा सोने की परेशानी है?				
12.	<b>Do you worry a lot (e.g. future misfortunes etc.)?</b> क्या आप अत्यधिक चिन्ता करते हैं (जैसे भविष्य में बहुत बुरा होना)?				
13.	<b>Do you feel sweaty, heart pounding, dizziness or dry mouth?</b> क्या आप पसीना पसीना होना, दिल धड़कना, चक्कर आना या मूँह सूखने जैसा महसूस करते हैं?				
14.	<b>Do you feel restless, trembling, tremors, difficulty in relaxing, fidgeting, tension or headache?</b> क्या आप बेचैनी, कंपन, तनाव, सरदर्द या घबराहट महसूस करते हैं?				
15.	<b>Do you feel difficulty in following instructions?</b> क्या आपको आदेशों/निर्देशों का पालन करने में दिक्कत महसूस होती है?				

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
16.	<b>Do you find difficulty in sitting for a sustained period?</b> क्या आपको लगातार बैठे रहने में दिक्कत महसूस होती है?				
17.	<b>Do you find difficulty in concentrating in work or studies?</b> क्या आपको कार्य या पढ़ाई में ध्यान केन्द्रित करने में दिक्कत महसूस होती है?				
18.	<b>Do you find that other people get annoyed because of the things you do?</b> क्या लोग आपके कार्यों के लिए आपसे नाराज़ रहते हैं?				
19.	<b>Are there arguments &amp; fights with friends, parents and teachers?</b> क्या आपको बहस और झगड़ा अपने मित्रों, माता-पिता और अध्यापकों से हो जाता है?				
20.	<b>Do you get blamed for lying, stealing, destroying the property, running from school or home or harming the animals?</b> क्या आपको झूठ बोलने, चोरी करने या चीजें तोड़ने के लिए, स्कूल या घर से भागने या जानवरों को परेशान करने का दोषी ठहराया जाता है?				

Answer the following questions in “Yes” or “No”  
नीचे लिखे प्रश्नों का उत्तर हाँ या ना में दीजिए

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	Yes हाँ	No नहीं	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
21.	<b>Do you think that you have any such problem for which you need to consult a doctor / counselor / health worker?</b> क्या आपको लगता है कि आपको ऐसी कोई समस्या है जिसके लिए आपको डॉक्टर/सलाहकार/स्वास्थ्य कर्मचारी के पास जाना चाहिए?			
22.	<b>Do you have any friend / relative or other person with whom you can share your feelings or experiences?</b> क्या आपका ऐसा दोस्त/रिश्तेदार या कोई अन्य व्यक्ति है जिससे आप अपने मन की सभी बातें/अनुभव बाँट सकते हैं?			
23.	<b>Has there been a time in the past month when you have had serious thoughts about ending your life?</b> पिछले एक महीने में क्या कभी आपको अपनी जान लेने के गंभीर विचार आए हैं?			
24.	<b>Have you ever, in your whole life, tried to kill yourself or made a suicide attempt?</b> क्या आपने पूरे जीवन में कभी भी आत्महत्या की कोशिश की है?			

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	Yes हाँ	No नहीं	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
25(a)	<b>Do you exercise or participate in outdoor games atleast five days in a week?</b> क्या आप सप्ताह में कम से कम पाँच दिन व्यायाम या बाहर के खेलकूद में भाग लेते हैं?			
25(b)	<b>Do you watch T.V. / computer or spend time on mobile for more than two hours per day?</b> क्या आप दिन में औसतन दो घंटे से अधिक समय टी वी, कंप्यूटर या मोबाइल के साथ बिताते हैं?			

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	Yes हाँ	No नहीं	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
25(c)	<b>Do you consume fruits, fruit juices or green leafy vegetables in your routine diet atleast five days a week?</b> क्या आप सप्ताह में कम से कम पाँच दिन अपने भोजन में फल या फल के रस एवं हरी पत्तेदार सब्जियों का सेवन करते हैं?			
25(d)	<b>Does anybody in your family (parents, siblings, grandparents or maternal grand parents etc.) have high blood pressure, diabetes or any heart disease?</b> क्या आपके परिवार (माता-पिता, भाई-बहन, दादा-दादी, नाना-नानी इत्यादि) में किसी को उच्चरक्तचाप (हाई बीपी) डाईबिटीज़ या दिल की बीमारी है?			

Tick (✓) one option in the following.

अपने उत्तर के आगे (✓) चिन्ह लगाएँ।

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME- TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
26.	<b>Do you consume any kind of tobacco (Bidi, Cigarette, Hokkah, Gutkha etc.)?</b> क्या आप किसी प्रकार का तम्बाकू उत्पाद (जैसे बीड़ी, सिगरेट, हुक्का, नरवर, गुटखा आदि) का सेवन करते हैं?				
27.	<b>Do you consume any kind of alcohol (Beer, Whiskey, Vodka etc.) or drugs (Ganja, Charas etc.)?</b> क्या आप शराब (बीयर, विस्की, वोडका आदि) या कोई अन्य मादक पदार्थ (गांजा, चरस आदि) का सेवन करते हैं?				
28.	<b>Does any of your friends gets involved in sexual activities?</b> क्या आपका कोई दोस्त किसी यौन गतिविधि में शामिल है?				
29.	<b>Do you enjoy touching / rubbing / handling or fidgeting with your private parts so much that it disturbs your day-to-day life?</b>				

क्या आपको अपने गुप्त अंगों को छूने, रगड़ने में इतना मज़ा आता है जिससे आपकी दिनचर्या में बाधा होती है?				
---	--	--	--	--

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME- TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
30.	<p><b>Do you get troubled by night emissions / night fall / wet dreams so much so that it disturbs your daily routine?</b></p> <p>क्या आप स्वप्न दोष / वीर्यपात से इतने परेशान हैं कि आपके रोज़मर्रा के कामकाज में बाधा आती है?</p>				

**THANK YOU FOR PARTICIPATION**

भाग लेने के लिए धन्यवाद



For 14 years and above  
14 वर्ष एवं अधिक



## **CENTRE FOR ADOLESCENT HEALTH**

**Lady Harding Medical College, New Delhi**

किशोर स्वास्थ्य केन्द्र

लेडी हार्डिंग मेडिकल कॉलेज, नई दिल्ली

### **Adolescent Screening Tool**

किशोर स्क्रीनिंग साधन

#### **Please follow the instructions given below**

कृपया नीचे दिए निर्देशों का पालन करें

\* This questionnaire is meant to know about your health and not to judge you. The information provided by you will be kept confidential

यह प्रश्नावली आपके स्वास्थ्य की जानकारी के लिए है न कि आपका आकलन करने के लिए है। आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी को गोपनीय रखा जाएगा

- Mark your option as (✓)  
अपने उत्तर के आगे (✓) चिन्ह लगाएँ
- In question 1 to 20 select one of the four options  
प्रश्न १ से २० तक चार में से एक विकल्प का चयन करें
- In questions 21 - 25 select one of the three options  
प्रश्न २१ से २५ तक तीन में से एक विकल्प का चयन करें
- No questions should be left unmarked  
सभी प्रश्नों का उत्तर दें

Date/ तिथि :

Name/ नाम :

Age/आयु :

Sex/लिंग :

Address and contact no./ घर का पता तथा मोबाईल नंबर :

School name and class/ विद्यालय का नाम एवं कक्षा :

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
1.	<b>Do you feel your height or weight is above or below normal?</b> क्या आपको अपना वज़न या लम्बाई सामान्य से कम या अधिक लगते हैं?				
2.	<b>Are you troubled by pimples and acne so much so that you avoid meeting people or going out with friends?</b> क्या आप मुहासों से इतना परेशान रहते हैं कि लोगों से मिलना जुलना या दोस्तों के साथ बाहर जाना टालते हैं?				
3.	<b>Do you get worried about the changes (like breast size, change in private parts and facial hair) so much that it disturbs your studies and daily routine?</b> क्या आप परिवर्तनो (जैसे स्तनो का नाप, गुप्तांगों में बदलाव व चेहरे पर बाल आना) के बारे में इतने चिन्तित रहते हैं कि आपकी पढ़ाई व रोज़मर्रा के कामकाज पर दुप्रभाव पड़ता है?				
4.	<b>Do you feel that you are suffering from some serious illness?</b> क्या आपको महसूस होता है कि आप किसी गंभीर बीमारी से पीड़ित हैं?				
5.	<b>Do you face any problem in taking active part in sport activities?</b> क्या आप खेलकूद में भाग लेने में किसी समस्या का सामना करते हैं?				
6.	<b>Do you easily get influenced by friends for doing avoidable activities ( like bunking classes, smoking and teasing others)?</b> क्या आप अनावश्यक गतिधियों (जैसे कक्षा में अनुपस्थित रहना, धूम्रपान करना तथा दूसरों को चिढ़ाना) में अपने दोस्तों के प्रभाव में आसानी से आ जाते हैं?				



Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
7.	<b>Do you feel so much attracted to someone that you do not feel like studying at all?</b> क्या आप किसी के प्रति इतने आकर्षित महसूस करते हैं जिससे आपके रोज़मर्रा के कामकाज या पढ़ाई में बाधा होती है?				
8.	<b>Do you feel sad or unhappy?</b> क्या आप उदास या दुखी रहते हैं?				
9.	<b>Do you feel less energetic or easy fatigability?</b> क्या आपकी कमजोरी या बहुत जल्दी थकान महसूस होती है?				
10.	<b>Do you feel less interested in activities which were earlier enjoyable?</b> पहले जो चीज़ें आपको अच्छी लगती थीं, क्या उनमें अब आनन्द कम आता है?				
11.	<b>Do you have any trouble in falling asleep, staying asleep or sleeping too much?</b> क्या आपको नींद आने की, सोए रहने की या ज्यादा सोने की परेशानी है?				
12.	<b>Do you worry a lot (e.g. future misfortunes etc.)?</b> क्या आप अत्यधिक चिन्ता करते हैं (जैसे भविष्य में बहुत बुरा होना)?				
13.	<b>Do you feel sweaty, heart pounding, dizziness or dry mouth?</b> क्या आप पसीना पसीना होना, दिल धड़कना, चक्कर आना या मूँह सूखने जैसा महसूस करते हैं?				
14.	<b>Do you feel restless, trembling, tremors, difficulty in relaxing, fidgeting, tension or headache?</b> क्या आप बेचैनी, कंपन, तनाव, सरदर्द या घबराहट महसूस करते हैं?				
15.	<b>Do you feel difficulty in following instructions?</b> क्या आपको आदेशों/निर्देशों का पालन करने में दिक्कत महसूस होती है?				

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
16.	<b>Do you find difficulty in sitting for a sustained period?</b> क्या आपको लगातार बैठे रहने में दिक्कत महसूस होती है?				
17.	<b>Do you find difficulty in concentrating in work or studies?</b> क्या आपको कार्य या पढ़ाई में ध्यान केन्द्रित करने में दिक्कत महसूस होती है?				
18.	<b>Do you find that other people get annoyed because of the things you do?</b> क्या लोग आपके कार्यों के लिए आपसे नाराज़ रहते हैं?				
19.	<b>Are there arguments &amp; fights with friends, parents and teachers?</b> क्या आपको बहस और झगड़ा अपने मित्रों, माता-पिता और अध्यापकों से हो जाता है?				
20.	<b>Do you get blamed for lying, stealing, destroying the property, running from school or home or harming the animals?</b> क्या आपको झूठ बोलने, चोरी करने या चीजें तोड़ने के लिए, स्कूल या घर से भागने या जानवरों को परेशान करने का दोषी ठहराया जाता है?				

Answer the following questions in “Yes” or “No”  
नीचे लिखे प्रश्नों का उत्तर हाँ या ना में दीजिए

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	Yes हाँ	No नहीं	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
21.	<b>Do you think that you have any such problem for which you need to consult a doctor / counselor / health worker?</b> क्या आपको लगता है कि आपको ऐसी कोई समस्या है जिसके लिए आपको डॉक्टर/सलाहकार/स्वास्थ्य कर्मचारी के पास जाना चाहिए?			
22.	<b>Do you have any friend / relative or other person with whom you can share your feelings or experiences?</b> क्या आपका ऐसा दोस्त/रिश्तेदार या कोई अन्य व्यक्ति है जिससे आप अपने मन की सभी बातें/अनुभव बाँट सकते हैं?			
23.	<b>Has there been a time in the past month when you have had serious thoughts about ending your life?</b> पिछले एक महीने में क्या कभी आपको अपनी जान लेने के गंभीर विचार आए हैं?			
24.	<b>Have you ever, in your whole life, tried to kill yourself or made a suicide attempt?</b> क्या आपने पूरे जीवन में कभी भी आत्महत्या की कोशिश की है?			

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	Yes हाँ	No नहीं	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
25(a)	<b>Do you exercise or participate in outdoor games atleast five days in a week?</b> क्या आप सप्ताह में कम से कम पाँच दिन व्यायाम या बाहर के खेलकूद में भाग लेते हैं?			
25(b)	<b>Do you watch T.V. / computer or spend time on mobile for more than two hours per day?</b> क्या आप दिन में औसतन दो घंटे से अधिक समय टी वी, कंप्यूटर या मोबाइल के साथ बिताते हैं?			

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	Yes हाँ	No नहीं	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
25(c)	<b>Do you consume fruits, fruit juices or green leafy vegetables in your routine diet atleast five days a week?</b> क्या आप सप्ताह में कम से कम पाँच दिन अपने भोजन में फल या फल के रस एवं हरी पत्तेदार सब्जियों का सेवन करते हैं?			
25(d)	<b>Does anybody in your family (parents, siblings, grandparents or maternal grand parents etc.) have high blood pressure, diabetes or any heart disease?</b> क्या आपके परिवार (माता-पिता, भाई-बहन, दादा-दादी, नाना-नानी इत्यादि) में किसी को उच्चरक्तचाप (हाई बीपी) डार्डिबिटिज़ या दिल की बीमारी है?			

Tick (✓) one option in the following.

अपने उत्तर के आगे (✓) चिन्ह लगाएँ।

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME- TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER- STAND समझ नहीं आया
26.	<b>Do you consume any kind of tobacco (Bidi, Cigarette, Hokkah, Gutkha etc.)?</b> क्या आप किसी प्रकार का तम्बाकू उत्पाद (जैसे बीड़ी, सिगरेट, हुक्का, नरवर, गुटखा आदि) का सेवन करते हैं?				
27.	<b>Do you consume any kind of alcohol (Beer, Whiskey, Vodka etc.) or drugs (Ganja, Charas etc.)?</b> क्या आप शराब (बीयर, विस्की, वोडका आदि) या कोई अन्य मादक पदार्थ (गांजा, चरस आदि) का सेवन करते हैं?				
28.	<b>Does any of your friends gets involved in sexual activities?</b> क्या आपका कोई दोस्त किसी यौन गतिविधि में शामिल है?				
29.	<b>Do you enjoy touching / rubbing / handling or fidgeting with your private parts so much that it disturbs your day-to-day life?</b>				

क्या आपको अपने गुप्त अंगों को छूने, रगड़ने में इतना मज़ा आता है जिससे आपकी दिनचर्या में बाधा होती है?				
---	--	--	--	--

Sl. No.	QUESTION/प्रश्न	NEVER कभी नहीं	SOME-TIMES कभी कभी	OFTEN अक्सर	DID NOT UNDER-STAND समझ नहीं आया
30.	Does your menstrual cycle disturb your daily routine? क्या आपका मासिक धर्म आपकी दिनचर्या में बाधा डालता है?				
31.	Do you have stomach ache / foul smelling discharge / any infection or injury in your private parts?				

THANK YOU FOR PARTICIPATION

भाग लेने के लिए धन्यवाद

