



BỘ Y TẾ - VIỆN DINH DƯỠNG

ĐIỀU TRA DINH DƯỠNG QUỐC GIA NĂM 2009

P.4

Xin chào Anh/Chị. Tôi tên là

Nhằm đánh giá hiệu quả các hoạt động của Chiến lược quốc gia Dinh dưỡng và chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em giai đoạn 2001-2010 làm cơ sở để xây dựng các mục tiêu, chiến lược về dinh dưỡng trong giai đoạn tới. Viện Dinh dưỡng- Bộ Y tế phối hợp với Sở Y tế, Trung tâm Y tế dự phòng các tỉnh, tiến hành Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc năm 2009.

Đối tượng tham gia cuộc điều tra này sẽ được phỏng vấn về các yếu tố nguy cơ liên quan đến các vấn đề dinh dưỡng của cộng đồng như suy dinh dưỡng trẻ em, vệ sinh an toàn thực phẩm, đo các chỉ số nhân trắc và hỏi ghi khẩu phần ăn trong 24 giờ qua.

Chúng tôi rất vui lòng kính mời anh/chị tham gia điều tra nghiên cứu này. Anh/chị có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào anh/chị muốn. Tất cả các thông tin cá nhân trong cuộc điều tra này sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Tổng thời gian phỏng vấn sẽ kéo dài trong khoảng 1 tiếng.

Sau khi được giải thích về mục đích nghiên cứu, Anh/chị có sẵn sàng tham gia điều tra nghiên cứu không?

Đồng ý tham gia Không đồng ý

Lý do nếu không phỏng vấn được:

Mã hộ

□
□

Mã xã

□
□
□
□
□
□

KT

□

A. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH:

TT	Câu hỏi	Lựa chọn
A1	Tỉnh/ Thành phố:	☞ □ □ □
A2	Huyện/ Quận:	☞
A3	Xã/ Phường:	☞ □ □ □ □ □
A4	Đặc điểm địa lý xã phường:	<div style="text-align: right;"> Đồng bằng 1 Ven biển 2 Trung du, bán sơn địa 3 Miền núi thấp 4 Miền núi cao 5 </div>
A5	Mã hộ gia đình	□ □
A6	Ngày phỏng vấn	__ / __ / 2009
A7a	Họ và tên/ số mã ĐTV hỏi phiếu	☞/ __
A7b	Họ và tên/ số mã ĐTV cân đo (nếu khác ĐTV hỏi phiếu)	☞/ __
A8	Họ tên chủ hộ	☞
A9	Địa chỉ: (Số nhà, phố/ thôn/ xóm/ đội/ ấp)	☞ Số điện thoại (nếu có) ☎:

B. THÔNG TIN CÁ NHÂN

Mã hộ: _____

P.4B

Tổng số người trong hộ:	_____						
1. Số thứ tự thành viên (theo thứ tự từ già đến trẻ)	1	2	3	4	5	6	7
2. Tên (chỉ ghi tên)							
3. Giới Nam=1; Nữ=2							
4a. Tên / STT mẹ Không có=88							
4b. Tên / STT bố Không có=88							
5. Năm sinh (Ngày sinh nếu trẻ dưới 5 tuổi)							
6. Dân tộc Kinh=1; Xem BK08							
7. Trình độ học vấn (> 6 tuổi) Trẻ dưới 6 tuổi=0; Không bằng cấp=1; Tốt nghiệp tiểu học=2; Trung học cơ sở=3; Trung học phổ thông=4; Trung cấp=5; CĐ=6, ĐH=7; Sau ĐH=8							
8. Nghề nghiệp Nông dân=1; Ăn lương=2; KD/DV=3; Làm thuê/nghề tự do=4; Nội trợ=5; Hưu=6; Già=7; Học sinh/ sinh viên=8; Thất nghiệp=9; Nhỏ=10; Khác=99;							
9. Tình trạng sinh lý B.thường=0; Thai=1; Con bú=2;							
10. Uống rượu/ bia Trên 4 ngày/tuần=1; 1-4 ngày/tuần=2; 1-3 ngày/tháng=3; Dưới 1 lần/tháng=4; Không uống=8;							
11. Hút thuốc lá, lào (>1năm) Đang hút=1; đã từng hút=2; không hút/ hút dưới 1 năm=3							
<u>Nếu hút:</u> Số điếu/số vè trung bình một ngày							
12. Cân nặng (Kg) Mặc: ít=1;BT=2;Jeans=3;DT=4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
13. Chiều cao (cm) Đo đứng=1; đo nằm=2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14. Đối tượng: Bà mẹ có trẻ dưới 5 tuổi= BM; Trẻ dưới 5 tuổi = TE							
Ghi chú							

B. THÔNG TIN CÁ NHÂN

Mã hộ: _____

P.4B**THÔNG TIN CÁ NHÂN (Tiếp theo)**

1. Số thứ tự thành viên (theo thứ tự từ già đến trẻ)	8	9	10	11	12	13	14
2. Tên (chỉ ghi tên)							
3. Giới Nam=1; Nữ=2							
4a. Tên / STT mẹ Không có=88; Khách=99							
4b. Tên / STT bố Không có=88; Khách=99							
5. Năm sinh (Ngày sinh nếu trẻ dưới 5 tuổi)							
6. Dân tộc Kinh=1; Xem mã dân tộc đi kèm							
7. Trình độ học vấn (> 6 tuổi) Trẻ dưới 6 tuổi=0; Không bằng cấp=1; Tốt nghiệp tiểu học=2; Trung học cơ sở=3; Trung học phổ thông=4; Trung cấp=5; CĐ=6, ĐH=7; Sau ĐH=8							
8. Nghề nghiệp Nông dân=1; Ăn lương=2; KD/DV=3; Làm thuê/nghe tự do=4; Nội trợ=5; Hưu=6; Già=7; Học sinh/ sinh viên=8; Thất nghiệp=9; Nhỏ=10; Khác=99;							
9. Tình trạng sinh lý phụ nữ B.thường=0; Thai=1; Con bú=2;							
10. Uống rượu/ bia Trên 4 ngày/tuần=1; 1-4 ngày/tuần=2; 1-3 ngày/tháng=3; Dưới 1 lần/tháng=4; Không uống=8;							
11. Hút thuốc lá, lào (>1năm) Đang hút=1; đã từng hút=2; không hút/ hút dưới 1 năm=3							
<u>Nếu hút</u> : Số điếu/số vê trung bình một ngày							
12. Cân nặng (Kg) Mặc: ít=1;BT=2;Jeans=3;DT=4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
13. Chiều cao (cm) Đo đứng=1; đo nằm=2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14. Đối tượng: Bà mẹ có trẻ dưới 5 tuổi= BM; Trẻ dưới 5 tuổi = TE							
Ghi chú							

C. ĐIỀU KIỆN NHÀ Ở VÀ MÔI TRƯỜNG

Mã hộ: _____

P.4C

TT	Câu hỏi	Lựa chọn
	Tên và số thứ tự người trả lời _ _
C1	Vật liệu chính làm nền nhà (phỏng vấn và quan sát)	Nền đất 1 Ván gỗ, tre, cọ thô xơ 2 Sàn gỗ, gỗ đánh bóng 3 Gạch thô, xi măng, cát xi, gạch vỡ 4 Gạch men, đá hoa, gạch gốm 5 Khác (ghi rõ) 9
C2	Vật liệu chính để làm mái nhà (phỏng vấn và quan sát)	Lá, rom, rạ 1 Nứa, tre, thân cây 2 Giấy dầu 3 Tôn 4 Gỗ 5 Fibrô (Blô) xi măng 6 Ngói 7 Mái bằng 8 Khác (Ghi rõ) 9
C3	Vật liệu chính để làm tường nhà (phỏng vấn và quan sát)	Không có tường 1 Lau, sậy, cọ, thân cây 2 Tường đất, trát vách 3 Bung gỗ dán, bi cát tông, gỗ tái sử dụng (gỗ bao bì) 4 Tường bê tông 5 Đá, đá ong 6 Gạch nung có trát 7 Gạch Papanh, (gạch xi) 8 Gạch không nung, có trát vữa 9 Ván gỗ, ván ốp 10 Khác (Ghi rõ) 99
C4	Tổng diện tích để ở (sử dụng)?	_____ m ²
C5	Gia đình anh/chị hiện có nhà tắm không? (phỏng vấn và quan sát)	Có 1 Không 2
C6	Gia đình anh/chị hiện đang sử dụng loại nhà tiêu gì (kể cả dùng chung với hộ khác)?	Không có nhà tiêu (ra sông, biển, ao, vườn...) 0 Một ngăn 1 Hai ngăn 2 Tự hoại 3 Nhà tiêu thấm dội nước 4 Nhà tiêu chìm có ống thông hơi 5 Bể biô ga 6 Nhà tiêu bán tự hoại 7 Nhà tiêu cầu/ Nhà tiêu dội có ống thoát 8 Hồ xí mềo 9 Chung với gia súc 10 Khác, ghi rõ 99

→ C8

→ C8

<p>C7</p>	<p><i>Điều tra viên quan sát và đánh giá xem nhà xí có hợp vệ sinh không dựa theo quyết định 08 của bộ y tế</i></p>	<p>Có hợp vệ sinh 1 Không hợp vệ sinh 2 Không có hồ xí 8</p>
<p>C8</p>	<p>Gia đình anh/chị sử dụng nguồn nước chính nào cho ăn uống? (chỉ chọn một)</p>	<p>Nước mưa 1 Nước máy 2 Nước giếng khoan 3 Nước giếng khơi 4 Nước đầu nguồn (nước máng lần, nước tự chảy) 5 Nước hồ, ao 6 Nước sông, suối 7 Khác (ghi rõ) 9</p>
<p>C9</p>	<p>Dụng cụ sử dụng để chứa nước ăn? (cho phép nhiều lựa chọn)</p>	<p>Thùng phi/ chum/ vại <input type="checkbox"/>1 Bể gạch hoặc bê tông <input type="checkbox"/>2 Bể bằng kim loại <input type="checkbox"/>3 Bể chứa bằng Platstic <input type="checkbox"/>4 Bình nước lọc/ máy lọc nước <input type="checkbox"/>5 Gia đình không sử dụng dụng cụ chứa nước <input type="checkbox"/>6 Khác <input type="checkbox"/>9</p>
<p>C10</p>	<p>Gia đình anh/chị thường dùng nguồn năng lượng đun nấu nào? (Cho phép nhiều lựa chọn) (Không tính nếu sử dụng cho chăn nuôi)</p>	<p>Điện <input type="checkbox"/>1 Khí Gaz dạng lỏng đóng bình <input type="checkbox"/>2 Khí ga sinh học (Biô gaz) <input type="checkbox"/>3 Dầu hỏa <input type="checkbox"/>4 Than bùn, than đá, than tổ ong, than củi <input type="checkbox"/>5 Củi, rơm, lá, cỏ khô <input type="checkbox"/>6 Khác (Ghi rõ) <input type="checkbox"/>9</p>
<p>C11</p>	<p>Gia đình có điện lưới để dùng trong sinh hoạt không?</p>	<p>Có 1 Không 2</p>
<p>C12</p>	<p>Gia đình anh/chị có [...] không? (Cho phép nhiều lựa chọn) (Chỉ đánh dấu nếu gia đình cho biết loại tài sản đó hiện vẫn đang còn sử dụng được)</p>	<p>Ti vi đen trắng <input type="checkbox"/>1 Ti vi màu <input type="checkbox"/>2 Đầu video, đầu DVD <input type="checkbox"/>3 Đầu kỹ thuật số <input type="checkbox"/>4 Đầu thu tính hiệu qua vệ tinh <input type="checkbox"/>5 Dàn nghe nhạc các loại <input type="checkbox"/>6 Radio cassette <input type="checkbox"/>7 Điện thoại cố định <input type="checkbox"/>8 Điện thoại di động <input type="checkbox"/>9 Máy vi tính <input type="checkbox"/>10 Tủ lạnh, tủ đá <input type="checkbox"/>11 Máy điều hòa nhiệt độ <input type="checkbox"/>12 Máy giặt <input type="checkbox"/>13 Bình nóng lạnh <input type="checkbox"/>14 Xe đạp <input type="checkbox"/>15 Xe mô tô, xe gắn máy <input type="checkbox"/>17 Thuyền, ghe, xuồng <input type="checkbox"/>18 Ô tô <input type="checkbox"/>19</p>

C. ĐIỀU KIỆN NHÀ Ở VÀ MÔI TRƯỜNG

Mã hộ: _____

P.4C

C13	Gia đình có vườn rau ở gần nhà không? (<i>Phỏng vấn và quan sát</i>)	Có 1 Không 2	
C14	Gia đình có ao thả cá không? (<i>Phỏng vấn và quan sát</i>)	Có 1 Không 2	
C15	Trong 4 tuần qua gia đình có sử dụng phân tươi để nuôi cá hoặc trồng trọt không?	Có 1 Không 2	
C16	Hàng năm nhà anh/chị có bị lũ lụt hoặc hạn hán làm ảnh hưởng không?	Có, hạn hán 1 Có, lũ lụt 2 Có, cả hạn hán và cả lụt lội 3 Không 0	→ D1
C16a	Lũ lụt hoặc hạn hán có làm ảnh hưởng đến nguồn nước ăn không?	Có 1 Không 2	→ D1
C16b	Nếu có, gia đình dùng nguồn nước nào để sử dụng cho ăn uống trong khi bị lũ lụt hoặc hạn hán (Cho phép nhiều lựa chọn)	Nước mưa <input type="checkbox"/> 1 Nước máy <input type="checkbox"/> 2 Nước giếng khoan <input type="checkbox"/> 3 Nước giếng khơi <input type="checkbox"/> 4 Nước đầu nguồn (nước máng lằn, nước tự chảy) <input type="checkbox"/> 5 Nước hồ, ao <input type="checkbox"/> 6 Nước sông, suối <input type="checkbox"/> 7 Từ nơi khác mang đến/ mua nước <input type="checkbox"/> 8 Khác (ghi rõ) <input type="checkbox"/> 9	
C16c	Nguồn nước đó được sử lý bằng phương pháp gì trước khi ăn uống (Cho phép nhiều lựa chọn)	Không xử lý gì, dùng luôn <input type="checkbox"/> 1 Đun sôi <input type="checkbox"/> 2 Dùng hóa chất (Phèn chua, clo) <input type="checkbox"/> 3 Dùng vải lọc, màng lọc <input type="checkbox"/> 4 Dùng hệ thống lọc nước (Gôm, cát, xi than) <input type="checkbox"/> 5 Để ngoài nắng <input type="checkbox"/> 6 Để nước tự lắng cặn <input type="checkbox"/> 7 Không biết <input type="checkbox"/> 8 Khác (ghi rõ) <input type="checkbox"/> 9	

TT	Câu hỏi	Lựa chọn
D1	Thu nhập trung bình tháng của cả hộ gia đình trong năm vừa qua (<i>sau khi đã hoàn vốn đầu tư nếu có</i>)? (<i>Nếu thu nhập dưới dạng khác, quy đổi sang tiền đồng Việt nam</i>)	Không biết/không nhớ 8
D2	Chi tiêu của hộ trong tuần vừa qua cho ăn uống? (<i>ngàn đồng</i>)	(Nếu hộ tự sản xuất, quy đổi sang tiền theo giá hiện tại. Nếu nhiều thành phần, chỉ ghi kết quả thành tiền. Nếu không chi tiêu/không mua trong tuần vừa qua/không biết, ghi '8888'.).
	<u>Loại thực phẩm/ tiêu dùng</u>	<u>Số lượng x Đơn giá = Thành tiền</u>
1	Gạo	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
2	Lương thực khác (sắn, khoai, ...)	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
3	Thịt các loại (lợn, bò, gà ...)	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
4	Thủy sản (cá, tôm, cua, ốc...)	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
5	Trứng (gà, vịt)	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
6	Rau, đậu đỗ (thân, củ, quả, lá)	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
7	Đậu phụ	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
8	Lạc, vừng	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
9	Hoa quả	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
10	Dầu ăn, mỡ	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
11	Ả ước mắm, nước chấm, gia vị	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
12	Đường, bánh, mứt kẹo	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
13	Sữa & các sản phẩm từ sữa	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
14	Rượu, bia, đồ uống	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
15	Chè, cà phê, thuốc	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
16	Ăn uống ngoài gia đình	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
17	Nước sinh hoạt	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
18	Chất đốt (dầu, củi, than, điện, ga)	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng
	ĐTV tính lại tổng	<input type="checkbox"/> x = nghìn đồng

TT	Tên khoản thu (+) / chi (-) trong cả năm	Quy ra Đồng
<i>Ví dụ</i>	<i>Của ông: lương hưu x 12 tháng</i>	<i>12.000.000 đ</i>
	<i>Vụ lúa đông xuân 500kg x 10.000 đ</i>	<i>5.000.000 đ</i>
	<i>Vụ lúa hè thu 700 kg x 10.000đ</i>	<i>7.000.000 đ</i>
	<i>Chăn nuôi cả năm 3.000.000 đ</i>	<i>3.000.000 đ</i>
	<i>Chi thủy điện cả năm 1.000.000 đ</i>	<i>-1.000.000 đ</i>
	<i>Chi phân bón, giống cả năm 2.000.000 đ</i>	<i>- 2.000.000 đ</i>
	<i>Tổng thu chi cả năm</i>	<i>2.550.000 đ</i>
	<i>Trung bình thu nhập tháng</i>	<i>2.125.000 đ</i>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
	ĐTV tính lại tổng	

TT	Câu hỏi	Lựa chọn
	Loại thực phẩm/ tiêu dùng	Số lượng x Đơn giá = Thành tiền
Ví dụ	Gạo 36kg/tháng = 9 kg/ tuần	9 9 kg x 10 = 90 nghìn đồng
	Ngô 10 bắp/tuần qua	10 10 bắp x 1 = 10 nghìn đồng
	Thịt lợn 2,5 kg/tuần qua	2,5 2,5 kg x 40 = 100 nghìn đồng
1		 x = nghìn đồng
2		 x = nghìn đồng
3		 x = nghìn đồng
4		 x = nghìn đồng
5		 x = nghìn đồng
6		 x = nghìn đồng
7		 x = nghìn đồng
8		 x = nghìn đồng
9		 x = nghìn đồng
10		 x = nghìn đồng
11		 x = nghìn đồng
12		 x = nghìn đồng
13		 x = nghìn đồng
14		 x = nghìn đồng
15		 x = nghìn đồng
16		 x = nghìn đồng
17		 x = nghìn đồng
18		 x = nghìn đồng
19		 x = nghìn đồng
20		 x = nghìn đồng
21		 x = nghìn đồng
22		 x = nghìn đồng
23		 x = nghìn đồng
	ĐTV tính lại tổng	 x = nghìn đồng

E. AN NINH LƯƠNG THỰC THỰC PHẨM

Mã hộ: _____

P.4E

TT	Câu hỏi	Lựa chọn
E1	Gia đình anh/chị thường ăn các loại lương thực nào là chính trong năm qua?	Gạo 1 Ngô 2 Sắn/khoai lang 3 Khác (ghi rõ) 4
E2	Xin anh/chị nhớ lại trong vòng 12 tháng qua có tháng nào mà gia đình anh chị không đủ lương thực chính cho nhu cầu của gia đình không?	Có 1 Không 2 → E3
E2a	Nếu có, xin anh/chị cho biết những tháng nào gia đình không có đủ lương thực cho nhu cầu của gia đình? (cho phép nhiều lựa chọn) (<i>Không gọi ý tháng thiếu</i>)	Tháng <input type="checkbox"/> 1 Tháng <input type="checkbox"/> 2 Tháng <input type="checkbox"/> 3 Tháng <input type="checkbox"/> 4 Tháng <input type="checkbox"/> 5 Tháng <input type="checkbox"/> 6 Tháng <input type="checkbox"/> 7 Tháng <input type="checkbox"/> 8 Tháng <input type="checkbox"/> 9 Tháng <input type="checkbox"/> 10 Tháng <input type="checkbox"/> 11 Tháng <input type="checkbox"/> 12
E2b	Nếu có, lương thực đã thay thế lương thực chính là gì	
E3	Trong tuần qua, Gia đình anh/chị dùng hết bao nhiêu dầu ăn ?	<input type="checkbox"/> _____ . _____ lít <i>Không ăn dầu = 0</i>
E4	Trong tuần qua, Gia đình anh/chị dùng hết bao nhiêu mỡ nước ?	<input type="checkbox"/> _____ gam <i>Không ăn mỡ = 0</i>
E5	Gia đình anh/chị thường sử dụng các loại gia vị mặn nào dưới đây cho ăn/ nấu không? Nếu có, giá mua 1 kg hoặc 1 lít của chúng (1000 đồng) là bao nhiêu? (<i>cho phép nhiều lựa chọn</i>) (<i>Không tính nếu sử dụng cho chăn nuôi hoặc sát trùng</i>)	Muối thường <input type="checkbox"/> 1 _____ . _____ <u>Muối iốt</u> <input type="checkbox"/> 2 _____ . _____ → F1 Nước mắm <input type="checkbox"/> 3 _____ . _____ Xi dầu/ nước tương <input type="checkbox"/> 4 _____ . _____ Các loại mắm (cá, tôm, tép, cáy) <input type="checkbox"/> 6 _____ . _____ Bột gia vị/ bột canh loại thường <input type="checkbox"/> 7 _____ . _____ <u>Bột gia vị mặn/ bột canh trộn iốt</u> <input type="checkbox"/> 8 _____ . _____ → F1 Khác, <input type="checkbox"/> 9 _____ . _____
E6	Xin anh/chị cho biết lý do vì sao không dùng muối hoặc bột canh có iốt? (<i>cho phép nhiều lựa chọn</i>) (<i>Không gọi ý</i>)	Vì không sẵn có để mua trong địa phương <input type="checkbox"/> 1 Vì muối iốt đắt hơn muối thường <input type="checkbox"/> 2 Vì không biết cần phải ăn muối iốt <input type="checkbox"/> 3 Vì muối iốt không sạch <input type="checkbox"/> 4 Vì không hợp khẩu vị (xin nói rõ) <input type="checkbox"/> 5 Vì các lý do khác <input type="checkbox"/> 9

TT	Câu hỏi	Lựa chọn
	KIẾN THỨC VSATTP	
F1	Anh/ chị đã bao giờ được xem/nghe/ tuyên truyền kiến thức VSATTP chưa?	Đã từng 1 Chưa bao giờ 2 → F3 Không biết/không trả lời/không nhớ 8 → F3
F2	Nếu đã từng thì nhiều nhất từ nguồn thông tin nào ?	Loa, đài 1 Ti vi 2 Sách, báo, tờ rơi 3 Cán bộ y tế 4 Internet 5 Khác 9 Không biết/không trả lời 8
F3	Anh/ chị có biết các nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm là gì không? (cho phép nhiều lựa chọn) (không gọi ý)	Do vi khuẩn/vi trùng <input type="checkbox"/> 1 Do nấm mốc <input type="checkbox"/> 2 Do thuốc trừ sâu <input type="checkbox"/> 3 Do kháng sinh <input type="checkbox"/> 4 Do nấm độc <input type="checkbox"/> 5 Do chất bảo quản trái phép <input type="checkbox"/> 6 Thực phẩm bị ôi, thiu <input type="checkbox"/> 7 Thực phẩm bị nhiễm hóa chất độc <input type="checkbox"/> 8 Thực phẩm bị ô nhiễm vi khuẩn <input type="checkbox"/> 9 Thực phẩm chế biến không an toàn <input type="checkbox"/> 10 Do thói quen ăn uống không hợp vệ sinh <input type="checkbox"/> 11 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 99 Không biết/không trả lời <input type="checkbox"/> 88
F4	Xin anh/chị cho biết một số cách để phòng tránh ngộ độc thực phẩm? (cho phép nhiều lựa chọn) (không gọi ý)	Giữ vệ sinh cá nhân khi chế biến thực phẩm <input type="checkbox"/> 1 Bảo quản riêng thực phẩm sống và thức ăn chín <input type="checkbox"/> 2 Nấu chín kỹ thức ăn <input type="checkbox"/> 3 Nấu chín hoặc bảo quản thức ăn trong tủ lạnh <input type="checkbox"/> 4 Sử dụng nước sạch để chế biến thực phẩm <input type="checkbox"/> 5 Sử dụng thực phẩm tươi sống, lạnh và bỏ <input type="checkbox"/> 6 Chọn kỹ thực phẩm <input type="checkbox"/> 7 Trồng rau sạch để ăn <input type="checkbox"/> 8 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 99 Không biết/không trả lời <input type="checkbox"/> 88
	THỰC HÀNH VSATTP	
F5	Gia đình anh/ chị có thói quen ăn thịt, cá dạng tái hoặc nấu chưa chín kỹ không?	Có 1 Không 2 Không biết/không trả lời 8
F6	Trong 12 tháng qua, anh/chị có ăn gỏi, tiết canh không?	Có 1 Không 2 Không biết/không trả lời/không nhớ 8
F7	Trong 12 tháng qua, anh/chị có ăn trứng sống hay trứng chần không?	Có 1 Không 2 Không biết/không trả lời/không nhớ 8

F8	Gia đình anh/chị có sử dụng dao, thớt riêng cho thực phẩm sống và riêng cho thức ăn chín không?	Có 1 Không 2 Không biết/không trả lời/không nhớ 8	
F9	Thời gian từ khi gia đình anh/ chị chế biến thức ăn xong đến khi ăn thường là bao lâu?	Ít hơn 2 giờ 1 Từ 2 giờ trở lên 2 Không biết/không trả lời/không nhớ 8	
F10	Thức ăn (không kể gia vị như nước chấm..) để lại cho bữa tiếp theo được bảo quản thế nào ?	Để tủ lạnh 1 Để ở nhiệt độ phòng dưới 2 giờ 2 Để ở nhiệt độ phòng trên 2 giờ 3 Khác, ghi rõ 9 Không biết/không trả lời 8	
F11	Gia đình anh/chị rửa rau, củ, quả trước khi chế biến hoặc trước khi ăn như thế nào? (<i>cho phép nhiều lựa chọn</i>)	Rửa sạch dưới vòi nước chảy <input type="checkbox"/> 1 Rửa bằng nước sạch ít nhất 3 lần <input type="checkbox"/> 2 Khác, ghi rõ <input type="checkbox"/> 9 Không biết/không trả lời/không nhớ <input type="checkbox"/> 8	
F12	Gia đình anh/chị rửa các dụng cụ nấu ăn và bát đĩa bằng nước gì?	Nước sạch 1 Nước sạch và nước rửa bát 2 Rửa/tráng bằng nước sôi 3 Khác, ghi rõ 9 Không biết/không trả lời 8	
F13	Anh/chị có rửa tay khi ăn hoặc khi đi vệ sinh không? Nếu có, lúc nào?	Trước khi chạm vào thức ăn 1 Sau khi đi vệ sinh 2 Khác 8	
MỐI QUAN TÂM VÀ CÁCH XỬ LÝ			
F14	Anh/chị cho biết các biểu hiện của ngộ độc thực phẩm? (<i>cho phép nhiều lựa chọn</i>) (<i>không gọi ý</i>)	Buồn nôn, nôn <input type="checkbox"/> 1 Đau bụng đi ngoài <input type="checkbox"/> 2 Đau đầu <input type="checkbox"/> 3 Co giật <input type="checkbox"/> 4 Hôn mê <input type="checkbox"/> 5 Không biết/không trả lời <input type="checkbox"/> 8	
F15	Trong tháng vừa qua gia đình anh/chị có ai bị ngộ độc thực phẩm không ?	Có 1 Không 2 Không biết/không trả lời/không nhớ 8	→ G1 → G1
F16	Nếu có thì gia đình có thông báo ngay với chính quyền, y tế địa phương không?	Có 1 Không 2 Không biết/không trả lời/không nhớ 8	→ F19 → F19
F17	Khi được thông báo, cán bộ chính quyền, y tế đã xử trí như thế nào?	Đến kiểm tra, hỗ trợ điều trị cho bệnh nhân 1 Không đến nhưng có tư vấn cách xử lý 2 Không đến và không làm gì cả 3 Không biết/không trả lời/không nhớ 8	→ F19 → F19 → F19
F18	Bác sỹ/nhân viên y tế có lấy mẫu phẩm (<i>thực phẩm thừa, phân, máu, nước tiểu</i>) để xét nghiệm không?	Có 1 Không 2 Không biết/không trả lời/không nhớ 8	
F19	Khi có người bị ngộ độc, anh/chị hoặc người thân trong gia đình xử trí như thế nào? (<i>Cho phép nhiều lựa chọn</i>) (<i>không gọi ý</i>)	Ngừng ngay không ăn thức ăn nghi ngờ <input type="checkbox"/> 1 Gây nôn cho bệnh nhân <input type="checkbox"/> 2 Chờ xác định nguyên nhân <input type="checkbox"/> 3 Đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất <input type="checkbox"/> 4 Không biết/không trả lời/không nhớ <input type="checkbox"/> 8 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 9	

(Chỉ hỏi bà mẹ có trẻ dưới 5 tuổi, hỏi lần lượt tất cả các bà mẹ có trẻ dưới 5 tuổi ở trong hộ)

TT	Câu hỏi	Lựa chọn
BM	Tên và số thứ tự bà mẹ trả lời
G1	Thời gian để đi từ nhà đến trạm y tế bằng các phương tiện nhanh nhất có sẵn của gia đình (Ghi rõ phương tiện gì)	Phương tiện: phút
G2	Lần tiếp xúc của gia đình với cán bộ của trạm y tế gần đây nhất cách đây bao lâu? (số ngày, tháng; Chưa bao giờ=88) ngày tháng
G3	Chị đã bao giờ được hưởng các dịch vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ em sau của trạm y tế không? (cho phép nhiều lựa chọn) (hỏi từng mục một)	Tư vấn tại trạm y tế <input type="checkbox"/> 1 Tư vấn tại nhà <input type="checkbox"/> 2 Tham gia các lớp trình diễn về chế biến thức ăn <input type="checkbox"/> 3 Ảnh viên đa vi chất <input type="checkbox"/> 4 Chuyển tuyến điều trị khi cháu bị ốm <input type="checkbox"/> 5 Khác (Ghi rõ) <input type="checkbox"/> 9
G4	Lần tiếp xúc của gia đình với công tác viên dinh dưỡng (CTV) gần đây nhất cách đây bao lâu? (số ngày, tháng; Chưa bao giờ=88) ngày tháng
G4a	Nếu dưới 1 tháng thì số lần gặp CTV trong tháng qua là: lần
G4b	Gặp gỡ trong hoàn cảnh nào (cho phép nhiều lựa chọn) (hỏi từng lần gặp một)	CTV đến hộ gia đình <input type="checkbox"/> 1 Bà mẹ mang con đến cơ sở y tế <input type="checkbox"/> 2 CTV tổ chức họp nhóm, lớp tập huấn <input type="checkbox"/> 3 Khác, ghi rõ <input type="checkbox"/> 9
G4c	Trong những lần gặp gỡ đó chị có được CTV tư vấn gì không? (cho phép nhiều lựa chọn) (hỏi từng mục một)	Tư vấn về tình trạng dinh dưỡng của trẻ <input type="checkbox"/> 1 Tư vấn về cách nuôi dưỡng chăm sóc trẻ <input type="checkbox"/> 2 Hướng dẫn đến các cơ sở y tế để kiểm tra <input type="checkbox"/> 3 Không biết/ không nhớ <input type="checkbox"/> 8 Tư vấn khác <input type="checkbox"/> 9

Chưa
hoặc
trên 1
tháng →
G5

VI CHẤT DINH DƯỠNG		
G5	Tuổi của chị khi sinh con lần đầu ?	_____ tuổi
G6	Chị đã từng được nghe về bệnh thiếu máu (do thiếu sắt) chưa ?	Đã được nghe 1 Chưa bao giờ được nghe 2 → G9 Không biết, không nhớ 8 → G9
G7	Nếu có, xin cho biết các biểu hiện của người bị bệnh thiếu máu ? ... còn <i>biểu hiện</i> gì nữa? (cho phép nhiều lựa chọn) (không gọi ý)	Da mặt tái xanh <input type="checkbox"/> 1 Người yếu/mệt mỏi <input type="checkbox"/> 2 Niêm mạc mắt nhợt nhạt <input type="checkbox"/> 3 Hoa mắt chóng mặt <input type="checkbox"/> 4 Tay/móng tay nhợt nhạt <input type="checkbox"/> 5 Thường xuyên đau đầu <input type="checkbox"/> 6 Thường xuyên bị ốm <input type="checkbox"/> 7 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 9
G8	Nếu có, xin cho biết các cách điều trị bệnh thiếu máu? ... còn cách nào khác nữa? (cho phép nhiều lựa chọn) (không gọi ý)	Uống viên sắt <input type="checkbox"/> 1 Ăn các loại thực phẩm có bổ sung sắt <input type="checkbox"/> 2 Ăn đủ chất dinh dưỡng <input type="checkbox"/> 3 ằgh i ngơi <input type="checkbox"/> 4 Uống thuốc lá/cây cỏ <input type="checkbox"/> 6 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 9
G9	Chị có được nghe/ xem/ thấy các thông tin về viên sắt, viên đa vi chất hay không?	Có 1 Không 2 → G12
G10	Nếu có, chị nghe/ xem/ thấy thông tin đó từ đâu ? (cho phép nhiều lựa chọn) (hỏi từng lựa chọn một)	Sách báo <input type="checkbox"/> 1 Ti vi <input type="checkbox"/> 2 → G12 Đài phát thanh <input type="checkbox"/> 3 Trạm y tế <input type="checkbox"/> 4 Bệnh viện <input type="checkbox"/> 5 Cơ sở y tế/cung cấp dịch vụ y tế <input type="checkbox"/> 6 Địa điểm công cộng <input type="checkbox"/> 7 Hộ hàng, người thân <input type="checkbox"/> 8 → G12 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 9 → G12
G11	Nếu được biết từ các cơ sở y tế hoặc địa điểm công cộng thì được biết thông qua những hình thức nào ? (cho phép nhiều lựa chọn) (hỏi từng lựa chọn một)	Áp phích, pano, băng rôn <input type="checkbox"/> 1 Tranh dán tranh lật <input type="checkbox"/> 2 Tờ rơi, tờ bướm <input type="checkbox"/> 3 Bảng thông báo <input type="checkbox"/> 4 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 9
G12	Chị có được nghe thông tin về vitamin A không?	Có 1 Không 2 → G15

G13	Nếu có, chị nghe thông tin đó từ đâu ? (cho phép nhiều lựa chọn) (hỏi từng lựa chọn một)	Sách báo <input type="checkbox"/> 1 Ti vi <input type="checkbox"/> 2 Đài phát thanh <input type="checkbox"/> 3 Trạm y tế <input type="checkbox"/> 4 Bệnh viện <input type="checkbox"/> 5 Cơ sở y tế <input type="checkbox"/> 6 Địa điểm công cộng <input type="checkbox"/> 7 Hộ hàng, người thân <input type="checkbox"/> 8 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 9	} →G15 →G15 →G15
G14	Nếu được biết từ các cơ sở y tế hoặc địa điểm công cộng thì được biết thông qua những hình thức nào ? (cho phép nhiều lựa chọn) (hỏi từng lựa chọn một)	Áp phích, pano, băng rôn <input type="checkbox"/> 1 Tranh dán tranh lật <input type="checkbox"/> 2 Tờ rơi, tờ bướm <input type="checkbox"/> 3 Bảng thông báo <input type="checkbox"/> 4 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 9	
VỆ SINH KHI CHĂM SÓC TRẺ			
G15	Chị thường rửa tay với xà phòng hoặc nước rửa khi nào? ... còn khi nào nữa? (cho phép nhiều lựa chọn) (Không gọi ý)	Trước khi ăn <input type="checkbox"/> 1 Trước khi chế biến thức ăn <input type="checkbox"/> 2 Trước khi cho trẻ ăn <input type="checkbox"/> 3 Sau khi đi vệ sinh <input type="checkbox"/> 4 Sau khi cho trẻ đi vệ sinh <input type="checkbox"/> 5 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 9	
G16	Sau khi trẻ ỉa đùn lần gần đây nhất, phân của trẻ được đổ đi đâu?	Đổ/giội nước vào hố xí <input type="checkbox"/> 1 Chôn, lấp, đổ vào hố ủ phân <input type="checkbox"/> 2 Đổ/giội nước vào cống, rãnh, vườn, hố rác <input type="checkbox"/> 3 Cho súc vật ăn <input type="checkbox"/> 4 Khác <input type="checkbox"/> 9	

H. CHĂM SÓC BÀ MẸ TRẺ EM

Mã hộ: _____

P.4H

(Chỉ hỏi bà mẹ có trẻ dưới 5 tuổi, hỏi trẻ nhỏ tuổi nhất)

TT	Câu hỏi	Lựa chọn
	CHĂM SÓC THAI SẢN	
H1	Tên và số thứ tự của trẻ dưới 5 tuổiSTT: _____ Tháng tuổi: _____
H2	ĐTV kiểm tra có phải bà mẹ có con dưới 2 tuổi ? (Xem BM phần B)	Có 1 Không 2 → H13
H3	Nơi sinh của lần chị sinh cháu [tên_trẻ] ở đâu?	Trạm y tế 1 Nhà hộ sinh 2 Bệnh viện 3 Tại nhà 4 Khác, ghi rõ 9
H4	Trong thời gian có thai cháu [tên_trẻ] chị có được khám thai tại CSYT không?	Có 1 Không 2 → H5
H4a	Nếu có, chị được khám thai bao nhiêu lần tại CSYT trước khi sinh cháu [tên_trẻ]
H4b	Nếu có, những ai đã khám thai cho chị? ... còn ai nữa? (cho phép nhiều lựa chọn) (không gộp ý)	Cán bộ y tế khám <input type="checkbox"/> 1 CTV, Y tế thôn bản khám <input type="checkbox"/> 2 Bà mẹ, bà đỡ khám <input type="checkbox"/> 3 Người khác, ghi rõ <input type="checkbox"/> 9
H5	Trong thời gian có thai cháu [tên_trẻ], chị đã ăn uống thế nào?	Ăn nhiều hơn trước khi mang thai 1 Ăn ít hơn trước khi mang thai 2 Ăn như trước khi mang thai 3
H6	Trong thời gian có thai cháu [tên_trẻ], chị có bị quáng gà không? (Nếu bà mẹ không hiểu từ "quáng gà" thì giải thích lại)	Có 1 Không 2
H7	Trong thời gian có thai cháu [tên_trẻ] chị có uống viên sắt, viên đa vi chất hay thuốc bổ máu không?	Có, thường xuyên (ít nhất 25 ngày/tháng trong 6 tháng) 1 Có, không thường xuyên 2 Không 3 Không biết, không nhớ 8
	NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ VÀ ĂN BỔ SUNG	
H8	Cháu [tên_trẻ] đã từng được bú mẹ chưa?	Có, đã từng 1 Chưa cho bú bao giờ 2 → H13
H9	Sau khi sinh bao lâu thì cho cháu [tên_trẻ] ngậm bú mẹ (áp miệng trẻ vào đầu vú) ?	Dưới 1 tiếng <input type="checkbox"/> 1 ____ phút. Dưới 24 giờ <input type="checkbox"/> 2 ____ giờ . Trên 24 giờ <input type="checkbox"/> 3 ____ ngày
H10	Trong ngày và đêm qua cháu [tên_trẻ] có được bú mẹ lần nào không?	Có 1 Không 2 → H11

H. CHĂM SÓC BÀ MẸ TRẺ EM

Mã hộ: _____

P.4H

H10a	Trong ngày và đêm qua cháu [tên_trẻ] có được bú từ bình/chai hay không?	Có 1 Không 2
H11	Chị đã hoặc sẽ cho cháu [tên_trẻ] bú đến bao nhiêu tháng tuổi? _____ tháng	
H12	Kể từ khi sinh đến giờ, cháu [tên_trẻ] đã từng ăn/uống loại thực phẩm nào dưới đây chưa? (cho phép nhiều lựa chọn) (hỏi từng mục một) Nếu có thì từ tháng tuổi nào bắt đầu cho cháu [tên_trẻ] ăn/uống loại thực phẩm đó?	<u>Có Tháng tuổi</u> Nước có vitamin, khoáng hoặc thuốc bổ <input type="checkbox"/> 1 ___ Dung dịch ORS <input type="checkbox"/> 2 ___ Nước lọc, nước đun sôi để nguội <input type="checkbox"/> 3 ___ Sữa trẻ em <input type="checkbox"/> 4 ___ Sữa bột, sữa hộp, sữa tươi <input type="checkbox"/> 5 ___ Hoa quả, nước quả, nước lá cây, cam thảo <input type="checkbox"/> 6 ___ Nước đường, mật ong, Côca, Pepsi... <input type="checkbox"/> 7 ___ Nước súp, ninh hầm (xương, thịt) <input type="checkbox"/> 8 ___ Sữa chua <input type="checkbox"/> 9 ___ Nước cơm, nước cháo loãng <input type="checkbox"/> 10 ___ Nước sinh tố hoa quả <input type="checkbox"/> 11 ___ Thức ăn dạng rắn hoặc mềm (Cơm, cháo, mì, phở...) <input type="checkbox"/> 12 ___
CHĂM SÓC TRẺ BỆNH		
H13	Trong hai tuần qua cháu [tên_trẻ] có bị tiêu chảy (đi ngoài phân lỏng từ 3 lần trở lên trong 1 ngày không?)	Có 1 Không 2 Không biết, không nhớ 8
H13a	Nếu bị, cháu [tên_trẻ] đã được uống [.....] trong lần bị tiêu chảy gần đây nhất? (cho phép nhiều lựa chọn) (hỏi từng mục một)	Uống Oresol <input type="checkbox"/> 1 Uống dịch tự chế <input type="checkbox"/> 2 Thuốc hoặc siro <input type="checkbox"/> 3 Thuốc cổ truyền <input type="checkbox"/> 4 Khác, nêu rõ <input type="checkbox"/> 9
H13b	Khi cháu [tên_trẻ] bị tiêu chảy, chị có tiếp tục cho cháu bú mẹ không?	Có 1 Không 2 Cháu không được bú mẹ/ thôi bú 3 Không biết, không nhớ 8
H13c	Trong lần bị tiêu chảy này chị cho cháu [tên_trẻ] bú mẹ như thế nào? ít hơn? như bình thường hay nhiều hơn?	Ít hơn 1 Như bình thường 2 Nhiều hơn 3 Không biết, không nhớ 8
H13d	Trong những lần trẻ bị tiêu chảy chị cho cháu [tên_trẻ] uống nước như thế nào? ít hơn? như bình thường hay nhiều hơn?	Ít hơn 1 Như bình thường 2 Nhiều hơn 3 Không nhớ 8
H14	Nếu cháu [tên_trẻ] bị tiêu chảy chị thường hỏi ai cách chữa, điều trị cho cháu? ... còn ai hay bằng cách nào nữa? (cho phép nhiều lựa chọn) (Không gợi ý)	Nhân viên y tế <input type="checkbox"/> 1 Người thân <input type="checkbox"/> 2 Người quen, bạn bè <input type="checkbox"/> 3 Tự điều trị <input type="checkbox"/> 4 Không biết <input type="checkbox"/> 8 Khác <input type="checkbox"/> 9

→ H14
→ H14

→ H13d

H. CHĂM SÓC BÀ MẸ TRẺ EM

Mã hộ: _____

P.4H

H15	Cháu [tên_trẻ] có bị ho trong 2 tuần vừa qua không?	Có 1 Không 2 → H16 Không biết, không nhớ 8 → H16
H15a	Nếu có, khi cháu [tên_trẻ] bị ho, chị có cho cháu bú mẹ không?	Có 1 Không 2 Cháu không được bú mẹ/ thôi bú 3 Không biết, không nhớ 8 → H15c
H15b	Trong lần trẻ bị ho này chị cho cháu [tên_trẻ] bú mẹ như thế nào? ít hơn? như bình thường hay nhiều hơn?	Ít hơn 1 Như bình thường 2 Nhiều hơn 3 Không biết, không nhớ 8
H15c	Sau bao lâu kể từ khi cháu [tên_trẻ] bị ho thì chị mang trẻ đi chữa trị?	Trong ngày đầu tiên 1 Từ 1 đến 3 ngày 2 Sau 3 ngày 3 Không tìm cách chữa 4 Không biết, không nhớ 8
H16	Nếu cháu [tên_trẻ] bị ho chị thường hỏi ai cách chữa, điều trị cho cháu? ... còn ai hay bằng cách nào nữa? (cho phép nhiều lựa chọn) (Không gọi ý)	Nhân viên y tế <input type="checkbox"/> 1 Người thân <input type="checkbox"/> 2 Người quen, bạn bè <input type="checkbox"/> 3 Tự điều trị <input type="checkbox"/> 4 Không biết <input type="checkbox"/> 8 Khác <input type="checkbox"/> 9
H17	Trong 6 tháng qua cháu [tên_trẻ] có được tẩy giun lần nào không?	Có 1 Không 2 → H18 Không biết, không nhớ 8 → H18
H17a	Nếu có, cháu [tên_trẻ] được tẩy giun cách đây bao lâu ?	_____ tháng
THEO DÕI TĂNG TRƯỞNG		
H18	Cháu [tên_trẻ] có được cân khi mới sinh ra không?	Có, số cân: _____ gam 1 Không 2 Không biết, không nhớ 8
H19	Cháu [tên_trẻ] có được cân và theo dõi bằng biểu đồ tăng trưởng không?	Không 1 → II Chỉ cân không có biểu đồ 2 → II Cân và theo dõi biểu đồ 3 Không biết 8 → II
H19a	Nếu có, lần cuối cùng cháu [tên_trẻ] được cân cách đây bao lâu?	☒ _____ ngày ☒ _____ tháng
H19b	Nếu có thì ai hiện đang giữ biểu đồ đó? (Nếu bà mẹ giữ thì hỏi cho xem)	Bà mẹ, biểu đồ trắng 1 Bà mẹ, biểu đồ được chấm 2 Nhân viên y tế 3 Khác 9 Không biết/ không cho xem 8

Kiểm tra lại toàn bộ phiếu và xin cảm ơn sự giúp đỡ của hộ gia đình

I. THÔNG TIN VỀ CUỘC PHÒNG VẤN

Mã hộ: _____

P.4I

TT	Câu hỏi	Lựa chọn
11	Thời gian và địa điểm hẹn phỏng vấn nếu chưa kết thúc	(Giờ: phút) _____ : _____ (Ngày/tháng/năm) _____ / _____ / _____ (Địa điểm) Kết quả cuộc hẹn:
12	Ngôn ngữ được sử dụng trong khi phỏng vấn	Tiếng Việt 1 Tiếng dân tộc/ có phiên dịch 2 Tiếng dân tộc/ không phiên dịch 3
13	Đánh giá sự hợp tác của hộ gia đình	Hợp tác tốt 1 Hợp tác bình thường 2 Không hợp tác 3 Từ chối tham gia 4 Không tìm thấy hộ 8
14	Ghi lại kết quả thử muối I ốt của ĐTV khẩu phần	Mẫu muối đổi màu 1 Mẫu muối không đổi màu 2 Không có muối có i ốt để kiểm tra 3 Tình huống khác 9
15	Nhận xét/ ghi chú của ĐTV	
16	Nhận xét/ ghi chú của ĐT	
17	Nhận xét/ ghi chú của GSV	