

# Your Institute Name

Name of Block/Urban Area: _____	SIA Round:	Date	Planning Unit	Monitor Code	Block Code	Form No.	Designation
1. Jan	<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"/> <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"/>	
2. Feb	<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"/> <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"/>	
3. Mar	<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"/> <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"/>	
4. Apr	<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"/> <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"/>	SMO <input type="checkbox"/>
5. May	<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"/> <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"/>	FV <input type="checkbox"/>
6. Jun	<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"/> <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"/>	EM <input type="checkbox"/>
7. Jul	<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"/> <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"/>	SRTL <input type="checkbox"/>
8. Aug	<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"/> <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"/>	RTL <input type="checkbox"/>
9. Sep	<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"/> <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"/>	NPSU Staff <input type="checkbox"/>
10. Oct	<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"/> <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"/>	Consultant <input type="checkbox"/>
11. Nov	<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"/> <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"/>	
12. Dec	<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"/> <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"/>	

  

District Name:	District Code
<input type="text"/>	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> F <input type="text"/> G <input type="text"/> H <input type="text"/> I <input type="text"/> J <input type="text"/> K <input type="text"/> L <input type="text"/> M <input type="text"/> N <input type="text"/> O <input type="text"/> P <input type="text"/> Q <input type="text"/> R <input type="text"/> S <input type="text"/> T <input type="text"/> U <input type="text"/> V <input type="text"/> W <input type="text"/> X <input type="text"/> Y <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> F <input type="text"/> G <input type="text"/> H <input type="text"/> I <input type="text"/> J <input type="text"/> K <input type="text"/> L <input type="text"/> M <input type="text"/> N <input type="text"/> O <input type="text"/> P <input type="text"/> Q <input type="text"/> R <input type="text"/> S <input type="text"/> T <input type="text"/> U <input type="text"/> V <input type="text"/> W <input type="text"/> X <input type="text"/> Y <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> F <input type="text"/> G <input type="text"/> H <input type="text"/> I <input type="text"/> J <input type="text"/> K <input type="text"/> L <input type="text"/> M <input type="text"/> N <input type="text"/> O <input type="text"/> P <input type="text"/> Q <input type="text"/> R <input type="text"/> S <input type="text"/> T <input type="text"/> U <input type="text"/> V <input type="text"/> W <input type="text"/> X <input type="text"/> Y <input type="text"/> Z

  

State Name:	State Code
<input type="text"/>	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> F <input type="text"/> G <input type="text"/> H <input type="text"/> I <input type="text"/> J <input type="text"/> K <input type="text"/> L <input type="text"/> M <input type="text"/> N <input type="text"/> O <input type="text"/> P <input type="text"/> Q <input type="text"/> R <input type="text"/> S <input type="text"/> T <input type="text"/> U <input type="text"/> V <input type="text"/> W <input type="text"/> X <input type="text"/> Y <input type="text"/> Z
<input type="text"/>	<input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> F <input type="text"/> G <input type="text"/> H <input type="text"/> I <input type="text"/> J <input type="text"/> K <input type="text"/> L <input type="text"/> M <input type="text"/> N <input type="text"/> O <input type="text"/> P <input type="text"/> Q <input type="text"/> R <input type="text"/> S <input type="text"/> T <input type="text"/> U <input type="text"/> V <input type="text"/> W <input type="text"/> X <input type="text"/> Y <input type="text"/> Z

Booth Number \_\_\_\_\_

## Observation Checklist

Type of vaccine being used (M: Monovalent OPV, T: Trivalent OPV, B: Bivalent)	M		T		B		M		T		B		M		T		B		M		T		B	
Manufacturer of vaccine	Panacea				GSK				Chiron				Sanofi				Bharat Biotech				Bibcol			
									Haffkine				Novartis				Others							
Is the booth easily accessible?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Does the booth have IEC materials (like banners or posters) displayed prominently?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Number of vaccinators that attended the vaccinator training conducted prior to this round?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> NA				<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> NA				<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> NA				<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> NA				<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> NA							
Number of team members NOT same as in micro plan (i.e. replaced team members)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4							
Is ASHA worker working as a vaccinator in this booth?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>							
Is Anganwadi worker working as a vaccinator in this team?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>							
Does this booth have at least one community member?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Are the team members / community mobilizers / volunteers mobilizing children to the booth?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Do they have any vaccine with VVM in stage 3 or 4? If yes, remove and give replacement	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Had the booth run out of vaccine at any time prior to your arrival?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Is the team using indelible marker pen for finger marking?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Is the team marking the left little finger of the children correctly? If no, demonstrate.	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Is the team marking the tally sheet correctly after each child is immunized?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Does the number of used vials tally with the number of children immunized	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							

### Interview of Booth Workers

Are the vaccinators aware of any community mobilizer / volunteer working in the booth area?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Does the team have correct knowledge about VVM? (ask to indicate and explain the VVM)	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

How did you learn about the booth activities?  
(1st respondent, 2nd respondent, list all applicable numbers)

1- Miking  
2- Drum beating  
3- TV  
4- Radio  
5- Newspaper  
6- Poster/leaflets

7- Banner/hoarding  
8- Mosque/temple-announcement  
9- Relative/neighbour/friend  
A- Health worker or Anganwadi worker  
B- CMC  
C- Any other

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10)

Comments / Remarks