

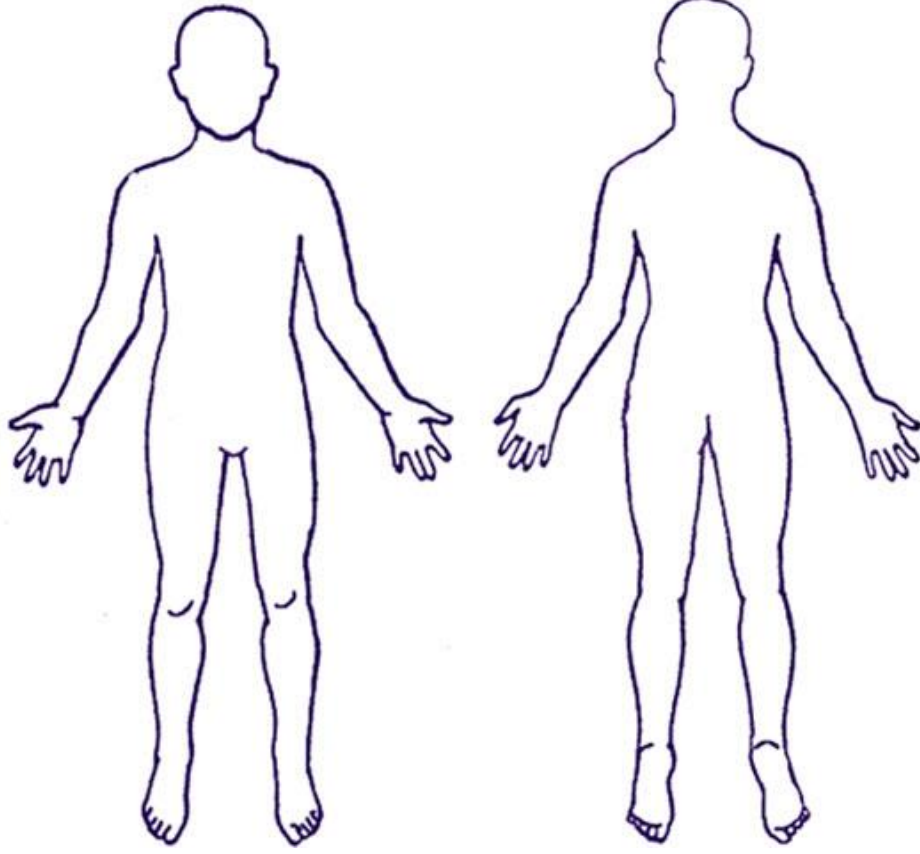
English	اردو Urdu
<p><b>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</b></p> <p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p>This questionnaire is to collect information about your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p>Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p><b>UK میں داخل ہونے والے نئے تارکین وطن کے لیے مریض کا سوالنامہ</b></p> <p>ہر فرد کو GP کے ساتھ رجسٹر ہونے کا حق حاصل ہے۔ آپ کو GP کے ساتھ رجسٹر ہونے کے لیے پتے، امیگریشن اسٹیٹس، ID یا کسی NHS نمبر کا ثبوت دینے کی ضرورت نہیں ہے۔</p> <p>یہ سوالنامہ آپ کی صحت کے بارے میں معلومات جمع کرنے کے لیے ہے تاکہ آپ کی GP پریکٹس کے ماہرین صحت سمجھ سکیں کہ قومی صحت کی خدمت (National Health Service) کی رازداری اور ڈیٹا کے اشتراک کی پالیسیوں کے مطابق آپ کو کون سی معاونت، علاج اور مخصوص خدمات درکار ہو سکتی ہیں۔</p> <p>آپ کی GP آپ کی براہ راست نگہداشت کے مقاصد کے علاوہ کسی مقصد کے لیے آپ کی فراہم کردہ معلومات کا اشتراک نہیں کرے گی ماسوائے: آپ نے رضامندی دی ہو (مثلاً طبی تحقیق کی معاونت کی خاطر)؛ یا ان کو قانون کے تحت ایسا کرنے کی ضرورت ہو (مثلاً دیگر افراد کو شدید خطرے سے بچانا ہو)؛ یا مفاد عامہ کے لیے انتہائی اہم ہو (مثلاً آپ کسی متعدی بیماری میں مبتلا ہوں)۔ آپ کی GP آپ کی معلومات کا استعمال کیسے کرے گی، اس بارے میں مزید معلومات آپ کی GP پریکٹس میں دستیاب ہیں۔</p> <p>اپنے جوابات GP پریکٹس کو واپس ارسال کریں۔</p>
<p><b>Section one: Personal details</b></p>	<p><b>حصہ اول: ذاتی تفصیلات</b></p>
<p>Full name:</p>	<p>مکمل نام:</p>
<p>Address:</p>	<p>پتہ:</p>

Telephone number:	ٹیلیفون نمبر:
Email address:	ای میل ایڈریس:
<b>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</b>	براہ کرم تمام سوالات مکمل کریں اور ان سب جوابات پر نشان لگائیں جن کا آپ پر اطلاق ہوتا ہے۔
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 سوالنامہ مکمل کرنے کی تاریخ:
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 کس جنس سے آپ کی بہترین نمائندگی ہوتی ہے؟ <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> نہ بتانا ترجیح ہے
1.3 Is this the same gender you were given at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.3 کیا یہ وہی جنس ہے جو آپ کی پیدائش کے وقت تھی؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہ بتانا ترجیح ہے
Date of birth: Date _____ Month _____ Year	تاریخ پیدائش: تاریخ _____ مہینہ _____ سال _____
1.5 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion	1.5 مذہب: <input type="checkbox"/> بدھ مت <input type="checkbox"/> عیسائی <input type="checkbox"/> ہندو <input type="checkbox"/> یہودی <input type="checkbox"/> مسلمان <input type="checkbox"/> سکھ <input type="checkbox"/> دیگر مذہب <input type="checkbox"/> کوئی مذہب نہیں
1.6 Marital status: <input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above	1.6 ازدواجی حیثیت: <input type="checkbox"/> شادی شدہ/سول پارٹنر <input type="checkbox"/> طلاق یافتہ <input type="checkbox"/> بیوہ / رنڈوا <input type="checkbox"/> مذکورہ بالا میں سے کوئی نہیں
1.7 Sexual Orientation:	1.7 جنسی رجحان:

<input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex) <input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex) <input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females) <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> دگر جنسی (جنس مخالف کی جانب راغب ہونا) <input type="checkbox"/> ہم جنسی (اپنے جیسی جنس کی جانب راغب ہونا) <input type="checkbox"/> دو جنسی (مردوں اور عورتوں دونوں کی جانب راغب ہونا) <input type="checkbox"/> نہ بتانا ترجیح ہے <input type="checkbox"/> دیگر
<p>1.8 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other	<p>1.8 بنیادی بول چال کی زبان:</p> <input type="checkbox"/> البانی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> تیگرینیا <input type="checkbox"/> یوکرینی <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> ویتنامی
<p>1.9 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	<p>1.9 بول چال کی دوسری زبان:</p> <input type="checkbox"/> البانی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> تیگرینیا <input type="checkbox"/> یوکرینی <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> کوئی نہیں
<p>1.10 Do you need an interpreter?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.10 کیا آپ کو مترجم کی ضرورت ہے؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>1.11 Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference.  <input type="checkbox"/> Male  <input type="checkbox"/> Female  <input type="checkbox"/> I don't mind</p>	<p>1.11 کیا آپ مرد یا خاتون مترجم میں سے کسی کی خدمات لینا چاہیں گے/گی؟ براہ کرم آگاہ رہیں کہ مترجم کی دستیابی کا یہ مطلب ہو سکتا ہے کہ ممکن ہے کہ ہمیشہ آپ کی ترجیح کو پورا نہ کیا جاسکے۔  <input type="checkbox"/> مرد  <input type="checkbox"/> عورت  <input type="checkbox"/> مجھے کوئی اعتراض نہیں</p>
<p>1.12 Are you able to read in your own language?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I have difficulty reading</p>	<p>1.12 کیا آپ اپنی زبان میں تحریر پڑھ سکتے ہیں؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں  <input type="checkbox"/> مجھے پڑھنے میں مشکل پیش آتی ہے</p>
<p>1.13 Are you able to write in your own language?  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1.13 کیا آپ اپنی زبان میں لکھ سکتے ہیں؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں</p>

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> مجھے لکھنے میں مشکل پیش آتی ہے				
1.12 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.12 کیا آپ کو اشاراتی زبان میں معاونت درکار ہے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں				
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:					
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="129 589 520 1126"> Name:   Contact telephone number:   Address: </td> <td data-bbox="520 589 810 1126"> <u>Next of kin</u> </td> </tr> </table>	Name:  Contact telephone number:  Address:	<u>Next of kin</u>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="810 589 1129 1126"> قربی عزیز </td> <td data-bbox="1129 589 1498 1126"> نام:   رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر:   پتہ: </td> </tr> </table>	قربی عزیز	نام:  رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر:  پتہ:
Name:  Contact telephone number:  Address:	<u>Next of kin</u>				
قربی عزیز	نام:  رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر:  پتہ:				
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="129 1126 520 1720"> Name:   Contact telephone number:   Address: </td> <td data-bbox="520 1126 810 1720"> Emergency contact (if different) </td> </tr> </table>	Name:  Contact telephone number:  Address:	Emergency contact (if different)	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="810 1126 1129 1720"> ہنگامی رابطہ (اگر مختلف ہو) </td> <td data-bbox="1129 1126 1498 1720"> نام:   رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر:   پتہ: </td> </tr> </table>	ہنگامی رابطہ (اگر مختلف ہو)	نام:  رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر:  پتہ:
Name:  Contact telephone number:  Address:	Emergency contact (if different)				
ہنگامی رابطہ (اگر مختلف ہو)	نام:  رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر:  پتہ:				
Section two: Health questions					
حصہ دوم: صحت سے متعلق سوالات					
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.1 کیا فی الوقت آپ کی طبیعت ناساز ہے یا آپ بیمار ہیں؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں				

<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 کیا آپ کو صحت کے مسئلے کی وجہ سے فوری مدد درکار ہے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p> <p><input type="checkbox"/> Breathing problems</p> <p><input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoea</p> <p><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in your urine</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in your stool</p> <p><input type="checkbox"/> Headache</p> <p><input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</p> <p><input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions</p> <p><input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.3 کیا موجودہ طور پر آپ میں درج ذیل میں سے کوئی علامات پائی جاتی ہیں؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں</p> <p><input type="checkbox"/> وزن میں کمی</p> <p><input type="checkbox"/> کھانسی</p> <p><input type="checkbox"/> کھانسی میں خون آنا</p> <p><input type="checkbox"/> سوئے میں پسینہ آنا</p> <p><input type="checkbox"/> شدید تھکاوٹ</p> <p><input type="checkbox"/> سانس لینے میں دشواری</p> <p><input type="checkbox"/> بخار</p> <p><input type="checkbox"/> اسہال</p> <p><input type="checkbox"/> جلدی امراض یا ریشز</p> <p><input type="checkbox"/> آپ کے پیشاب میں خون آنا</p> <p><input type="checkbox"/> آپ کے پاخانے میں خون آنا</p> <p><input type="checkbox"/> سر درد</p> <p><input type="checkbox"/> تکلیف</p> <p><input type="checkbox"/> افسردگی</p> <p><input type="checkbox"/> اضطراب</p> <p><input type="checkbox"/> پریشان کن یادیں یا ڈراؤنے خواب</p> <p><input type="checkbox"/> سوئے میں دشواری</p> <p><input type="checkbox"/> ایسا محسوس ہونا جیسے آپ اپنے خیالات یا افعال پر قابو پانے سے قاصر ہیں</p> <p><input type="checkbox"/> ایسا محسوس ہونا جیسے آپ خود کو نقصان پہنچانا چاہتے ہیں یا زندگی سے بیزار ہیں</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر</p>
<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>	<p>2.4 براہ کرم جسم کی تصویر میں اس حصے (حصوں) کو نشان زد کریں جہاں موجودہ طور پر صحت کے مسئلے (مسائل) لاحق ہیں</p>









<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.5 کیا آپ کو صحت کے کوئی معلوم مسائل لاحق ہیں جو جاری ہوں؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Blood disorder</p> <p><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Dental problems</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Eye problems</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p>	<p>2.6 کیا آپ کو درج ذیل بیماریوں میں سے کوئی لاحق ہے یا رہی تھی؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں</p> <p>آرتھرائٹس <input type="checkbox"/></p> <p>دمہ <input type="checkbox"/></p> <p>خون کا عارضہ <input type="checkbox"/></p> <p>خون کے سرخ خلیوں کی بناوٹ کا عارضہ <input type="checkbox"/></p> <p>تھیلیسیمیا <input type="checkbox"/></p> <p>کینسر <input type="checkbox"/></p> <p>دانتوں کے مسائل <input type="checkbox"/></p> <p>ذیابیطس <input type="checkbox"/></p> <p>مرگی <input type="checkbox"/></p> <p>آنکھوں کے مسائل <input type="checkbox"/></p> <p>امراض قلب <input type="checkbox"/></p> <p>ہیپاٹائٹس B <input type="checkbox"/></p> <p>ہیپاٹائٹس C <input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/> HIV or AIDS <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <input type="checkbox"/> Mental health problems <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	AIDS یا HIV <input type="checkbox"/> ہائی بلڈ پریشر <input type="checkbox"/> گردوں کا مسئلہ <input type="checkbox"/> جگر کا مسئلہ <input type="checkbox"/> پھیپھڑوں کے طویل مدتی مسائل/سانس لینے میں دشواریاں <input type="checkbox"/> ذہنی صحت کے مسائل <input type="checkbox"/> افسردگی/ڈپریشن <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> بعد از صدمہ تناؤ کا عارضہ (Post-) (traumatic stress disorder، PTSD) <input type="checkbox"/> ماضی میں خود کو نقصان پہنچایا <input type="checkbox"/> خودکشی کی کوشش کی <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> آسٹیو پوروسز (ہڈیوں کی بوسیدگی) <input type="checkbox"/> جلدی امراض <input type="checkbox"/> فالج <input type="checkbox"/> تھائی رائیڈ کی بیماری <input type="checkbox"/> تپ دق (TB) <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/>
2.7 Have you ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 کیا آپ کا کبھی کوئی آپریشن ہوا / سرجری کی گئی؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this? <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago <input type="checkbox"/> Over 3 years ago	2.8 اگر آپ کا آپریشن / سرجری ہو چکی ہے تو اس کو کتنا عرصہ ہو گیا ہے؟ <input type="checkbox"/> گزشتہ 12 مہینوں میں <input type="checkbox"/> 1 – 3 سال قبل <input type="checkbox"/> 3 سال سے زائد عرصہ پہلے
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.9 کیا آپ کو جنگ، تصادم یا تشدد کے نتیجے میں کسی جسمانی چوٹ کا سامنا کرنا پڑا؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.10 کیا آپ کو ذہنی صحت کے کوئی مسائل لاحق ہیں؟ یہ کسی جنگ، تصادم، تشدد یا جبری ملک بدری کے نتیجے میں ہو سکتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
2.11 Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and	2.11 کچھ طبی مسائل نسل در نسل چلتے ہیں۔ کیا آپ کے اہل خانہ میں سے کوئی فرد (والد، والدہ، بہن بھائی اور دادا/دادی) درج ذیل میں سے کسی میں مبتلا رہا تھا/رہی

<p>grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer  <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness  <input type="checkbox"/> Heart attack  <input type="checkbox"/> High blood pressure  <input type="checkbox"/> Stroke  <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>تھی یا رہا/رہی ہے؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں</p> <p>کینسر <input type="checkbox"/>  ذیابیطس <input type="checkbox"/>  ڈپریشن/ذہنی صحت کا عارضہ <input type="checkbox"/>  دل کا دورہ <input type="checkbox"/>  ہائی بلڈ پریشر <input type="checkbox"/>  فالج <input type="checkbox"/>  دیگر <input type="checkbox"/></p>								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –please list your prescribed medicines and doses in the box below  <b>Please bring any prescriptions or medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="150 898 775 1294"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 کیا آپ نسخہ جاتی ادویات استعمال کر رہے ہیں؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں – براہ کرم ان ادویات اور خوراکیوں کو ذیل میں دیئے گئے خانے میں درج کریں، جو آپ کے لیے تجویز کی گئی ہیں  <b>براہ کرم اپنی اپائنٹمنٹ میں کوئی بھی نسخہ جات یا ادویات ساتھ لے کر آئیں</b></p> <table border="1" data-bbox="826 936 1453 1330"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نام</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نام		
Name	Dose								
خوراک	نام								
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 کیا آپ اگلے چند ہفتوں میں ان ادویات کے ختم ہو جانے کے بارے میں پریشان ہیں؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>								
<p>2.14 Do you take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below  <b>Please bring any medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="150 1955 775 1998"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 کیا آپ کوئی ایسی ادویات لیتے ہیں جو ماہر صحت کی جانب سے تجویز کردہ نہیں ہیں مثلاً ادویات جو آپ نے فارمیسی/دکان/انٹرنیٹ یا باہر ملک سے منگوائی ہوں؟  <input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں – براہ کرم وہ ادویات اور خوراکیں ذیل میں دیئے گئے خانے میں درج کریں  <b>براہ کرم اپنی اپائنٹمنٹ میں کوئی بھی ادویات ساتھ لے کر آئیں</b></p> <table border="1" data-bbox="826 1955 1453 1998"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نام</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نام		
Name	Dose								
خوراک	نام								



2.15	Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15	کیا آپ کو کسی دوا سے الرجی ہے؟ جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/>
2.16	Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16	کیا آپ کو کسی اور چیز سے الرجی ہے؟ (مثلاً کسی خوراک، حشرات یا کیڑوں کے کاٹنے سے، لیٹیکس گلوں سے)؟ جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/>
2.17	Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17	کیا آپ کو کوئی جسمانی معذوری ہے یا نقل و حرکت میں مشکل کا سامنا ہے؟ جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/>
2.18	Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems	2.18	کیا آپ کسی حسی خرابی میں مبتلا ہیں؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں جی نہیں <input type="checkbox"/> اندھا پن <input type="checkbox"/> نظر کی جزوی خرابی <input type="checkbox"/> مکمل بہرہ پن <input type="checkbox"/> کم سنائی دینا <input type="checkbox"/> سونگھنے اور/یا چکھنے کے مسائل <input type="checkbox"/>
2.19	Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19	کیا آپ سیکھنے کی معذوری کا شکار ہیں؟ جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/>
2.20	Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.20	کیا کوئی ایسا مخصوص ذاتی مسئلہ ہے جس پر آپ نگہداشتِ صحت کے ماہر کے ساتھ اگلی اپائنٹمنٹ میں تبادلہ خیال کرنا چاہتے ہوں/ان کو ظاہر کرنا چاہتے ہوں؟ جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/>

Section three: Lifestyle questions	حصہ سوم: طرز زندگی سے متعلق سوالات
<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly or less</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 times per month</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 times per week</p> <p><input type="checkbox"/> 4 or more times per week</p> <p>There is <b>1 unit</b> of alcohol in:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="188 696 264 824">  <p>½ pint glass of beer</p> </div> <div data-bbox="180 972 240 1077">  <p>1 small glass of wine</p> </div> <div data-bbox="169 1225 233 1279">  <p>1 single measure of spirits</p> </div> </div>	<p>3.1 آپ کتنی دفعہ الکحل پیئے ہیں؟</p> <p><input type="checkbox"/> کبھی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> ماہانہ یا اس سے کم</p> <p><input type="checkbox"/> ماہانہ 2-4 مرتبہ</p> <p><input type="checkbox"/> فی ہفتہ 2-3 مرتبہ</p> <p><input type="checkbox"/> فی ہفتہ 4 یا زیادہ مرتبہ</p> <p>درج ذیل میں الکحل کا 1 یونٹ موجود ہے:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="1366 696 1442 824">  <p>بیئر کا ½ پینٹ گلاس</p> </div> <div data-bbox="1366 972 1426 1077">  <p>وائن کا 1 چھوٹا گلاس</p> </div> <div data-bbox="1390 1225 1453 1279">  <p>اسپرٹس کا 1 واحد پیمانہ</p> </div> </div>
<p>3.2 How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 or more</p>	<p>3.2 جب آپ الکحل پی رہے ہوں تو معمول کے مطابق دن میں آپ اس کے کتنے یونٹس پیئے ہیں؟</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 یا زائد</p>
<p>3.3 How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p>	<p>3.3 گزشتہ سال ایک ہی موقع پر آپ نے کتنی مرتبہ اگر عورت ہیں تو 6 یا زائد یونٹ پیئے، یا مرد ہونے کی صورت میں 8 یا زائد یونٹ پیئے؟</p> <p><input type="checkbox"/> کبھی نہیں</p>

<input type="checkbox"/> Less than monthly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily	<input type="checkbox"/> ماہانہ سے کم <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/> ہفتہ وار <input type="checkbox"/> ہر روز یا تقریباً روزانہ
<p>3.4 Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.4 کیا آپ ایسی ڈرگز کا استعمال کرتے ہیں جو صحت کے لیے نقصان دہ ہوں مثلاً بھنگ، کوکین، افیون؟</p> <input type="checkbox"/> کبھی نہیں <input type="checkbox"/> میں نے ایسی ڈرگز کا استعمال چھوڑ دیا ہے جو نقصان دہ ہو سکتی ہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>3.5 Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____ How many years have you smoked for? _____ <input type="checkbox"/> Tobacco Would you like help to stop smoking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>3.5 کیا آپ سگریٹ پیتے ہیں؟</p> <input type="checkbox"/> کبھی نہیں <input type="checkbox"/> میں نے سگریٹ نوشی چھوڑ دی ہے <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> سگریٹس دن میں کتنی مرتبہ؟ _____ آپ کتنے سالوں سے سگریٹ پی رہے ہیں؟ _____ <input type="checkbox"/> تمباکو کیا آپ سگریٹ نوشی سے نجات کے لیے مدد چاہتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
<p>3.6 Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.6 کیا آپ تمباکو چبائے ہیں؟</p> <input type="checkbox"/> کبھی نہیں <input type="checkbox"/> میں نے تمباکو چبانا چھوڑ دیا ہے <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p><b>Section four: Vaccinations</b></p>	<p><b>حصہ چہارم: ویکسینیشنز</b></p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?  <b>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 کیا آپ کو اپنے آبائی ملک میں بچپن کے تمام حفاظتی ٹیکہ جات لگائے جا چکے ہیں؟  <b>اگر آپ کے پاس اپنے حفاظتی ٹیکوں کا ریکارڈ موجود ہے تو براہ اپنی اپائنٹمنٹ میں اسے ساتھ لے کر آئیں۔</b></p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> مجھے معلوم نہیں ہے

<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.2 کیا آپ کو تپ دق (TB) کا ٹیکہ لگ چکا ہے؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p> <p>مجھے معلوم نہیں ہے <input type="checkbox"/></p>
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.3 کیا آپ کو COVID-19 کا ٹیکہ لگ چکا ہے؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p> <p>1 خوراک <input type="checkbox"/></p> <p>2 خوراکیں <input type="checkbox"/></p> <p>3 خوراکیں <input type="checkbox"/></p> <p>3 سے زائد خوراکیں <input type="checkbox"/></p> <p>مجھے معلوم نہیں ہے <input type="checkbox"/></p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>حصہ پنجم: صرف خواتین مریضوں کے لیے سوالات</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> I might be pregnant</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 کیا آپ حاملہ ہیں؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>میں حاملہ ہو سکتی ہوں؟ <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p> <p>آپ کتنے ہفتوں کی حاملہ ہیں؟ _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>What method do you use?</p> <p><input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel</p> <p><input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p> <p><input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2 کیا آپ مانع حمل ادویات استعمال کرتی ہیں؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p> <p>آپ کون سا طریقہ استعمال کرتی ہیں؟</p> <p>رکاوٹی مانع حمل مثلاً کنڈومز، جیل <input type="checkbox"/></p> <p>منہ سے لی جانے والی مانع حمل گولیاں <input type="checkbox"/></p> <p>کاپر کوائل/انٹرا یوٹرائن ڈیوائس (Intrauterine device، IUD) <input type="checkbox"/></p> <p>ہارمونل کوائل/انٹرا یوٹرائن سسٹم (Intrauterine System، IUS) مثلاً میرینا (Mirena) <input type="checkbox"/></p> <p>مانع حمل انجیکشن <input type="checkbox"/></p> <p>مانع حمل امپلانٹ <input type="checkbox"/></p> <p>دیگر <input type="checkbox"/></p>
<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p>	<p>5.3 کیا آپ کو فوری طور پر کسی مانع حمل کی ضرورت ہے؟</p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>5.4 Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information	<p>5.4 کیا آپ نے کبھی سرویکل سمیٹر یا کوئی سمیٹر ٹیسٹ کروایا ہے؟ یہ آپ کے سروکس کی صحت کا معائنہ کرنے کا ٹیسٹ ہے اور آپ کو سرویکل کینسر سے بچاؤ میں مدد دیتا ہے۔</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> میں مزید معلومات جاننا چاہتی ہوں
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.5 کیا آپ کی ہسٹیریٹومی کی گئی ہے (یعنی آپ کی بچہ دانی اور سروکس کو نکالنے کا آپریشن کیا گیا ہے)؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>5.6 As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.6 ایک خاتون مریض کے طور پر کیا کوئی ایسا مخصوص ذاتی مسئلہ ہے جس پر آپ اپنی اگلی اپائنٹمنٹ میں نگہداشت صحت کے/کی ماہر کے ساتھ تبادلہ خیال کرنا/یا ان کو ظاہر کرنا چاہتی ہیں؟</p> <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>If there is something that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment.</p>	<p>اگر کوئی ایسی بات ہے جو آپ اس فارم میں اشتراک کرنے پر جھجھک محسوس کرتی ہیں اور آپ اس کا ڈاکٹر کے ساتھ اشتراک کرنا چاہتی ہیں، تو براہ کرم اپنی GP کو کال کریں اور اپائنٹمنٹ طے کروائیں۔</p>