

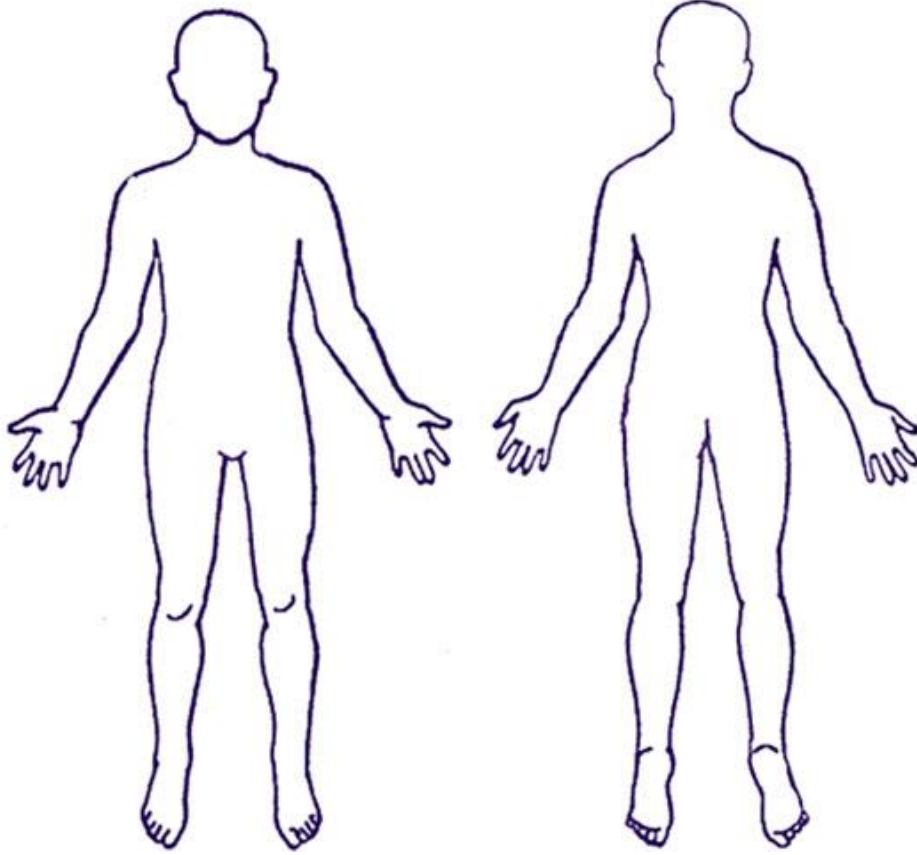
English	Punjabi پنجابی
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>UK وچ داخل ہون آلے نويں تارکینِ وطن لئی مریض دا سوالناواں: بال اتے جوان لوکین</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP</p> <p>This questionnaire is to collect information about children's health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p><b>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</b></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>ہر شخص GP وچ رجسٹر ہون دا حق رکھدا اے۔ تہانوں GP وچ رجسٹر ہون لئی پتے، امیگریشن اسٹیٹس، ID یا کسی NHS نمبر دا ثبوت دین دی لوڑ نہیں اے</p> <p>ایہ سوالناواں بالان دی صحت بارے جانکاری جمع کرن لئی اے تاں جے تہاڈی GP پریکٹس دے صحت دے ماہر سمجھ سکن کہ ملکی صحت دی خدمت (National Health Service) دی رازداری اتے ڈیٹا نوں سانجھا کرن دی پالیسیاں دے مطابق اوہناں نوں کیہڑی معاونت، علاج اتے مخصوص خدمات دی لوڑ ہو سکدی اے۔</p> <p><b>18 سال توں گھٹ عمر سمجھدار نوعمر نوجوان اپنے لیے بالغ ورژن خود مکمل کر سکتے نیں۔</b></p> <p>تہاڈی GP تہاڈی براہ راست نگہداشت دے مقصدان توں علاوہ کسی مقصد لئی تہاڈی دتی گئی جانکاری نوں سانجھا نہیں کرے گی ماسوائے: تسی رضامندی دتی ہووے (جیویں طبی تحقیق دی معاونت لئی)؛ یا اوہناں نوں قنون دے تحت ایذاں کرن دی لوڑ ہووے (جیویں دوچے لوکاں نوں شدید خطرے توں بچانا ہووے)؛ یا مفاد عامہ لئی انتہائی اہم ہووے (جیویں تسی کسی متعدی بیماری وچ مبتلا او)۔ تہاڈی GP تہاڈی جانکاری نوں کیداں ورٹے گی، ایس بارے ہور جانکاری تہاڈی GP پریکٹس تے موجود اے۔</p> <p>اپنے جواباں نوں اپنی GP پریکٹس نوں واپس بھیجو۔</p>
<p>Person completing</p>	<p>فارم مکمل کرنا آلا شخص</p>
<p>Who is completing this form:</p> <p><input type="checkbox"/> Child's Parent</p> <p><input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer</p>	<p>ایس فارم نوں کون مکمل کر رہیا اے:</p> <p><input type="checkbox"/> بال دی ماں/دا پپو</p> <p><input type="checkbox"/> بال دا قنونی سرپرست/نگہداشت کار</p>

Section one: Personal details	پہلا حصہ: ذاتی تفصیلات
Child's full name:	بال دا مکمل نام:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	بال دی تاریخ پیدائش: تاریخ _____ مہینہ _____ سال _____
Child's address:	بال دا پتہ:
Mother's name:	ماں دا نام:
Father's name:	پیو دا نام:
Contact telephone number(s):	رابطے لئی ٹیلیفون نمبر (نمبرز):
Email address:	ای میل ایڈریس:
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	میربانی کر کے اوہناں سارے جوابی خانیاں تے نشان لاؤ جیناں دا تہاڈے بال تے اطلاق ہوندا اے۔
1.1 Which of the following best describes your child: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.1 کیہڑی جنس نال تہاڈے بال دی بہترین نمائندگی ہوندی اے: <input type="checkbox"/> بندہ <input type="checkbox"/> زنانی <input type="checkbox"/> کوئی ہور <input type="checkbox"/> نہ دسنا ترجیح اے
1.2 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim	1.2 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"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion	<input type="checkbox"/> سیکھ <input type="checkbox"/> ٻور مذہب <input type="checkbox"/> کوئی مذہب نٿیں
<p>1.3 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>1.3 بول چال دی مڈھلی بولی:</p> <input type="checkbox"/> البانی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> کوئی ٻور <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> تیگرینیا <input type="checkbox"/> یوکرینی <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> ویتنامی
<p>1.4 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>1.4 بول چال دی دوچی بولی:</p> <input type="checkbox"/> البانی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> کوئی ٻور <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> تیگرینیا <input type="checkbox"/> یوکرینی <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> کوئی نٿیں
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>1.5 کیہ تهاڈے بال نوں مترجم دی لوڑ اے؟</p> <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نٿیں
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.6 کیہ تهاڈے بال نوں اشاریاں دی بولی وچ معاونت دی لوڑ اے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نٿیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age (s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s) <input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<p>1.7 UK وچ ایس ویلے اوس گھر وچ کون رہائش پذیر اے جتھے تهاڈا بال رہندا اے؟</p> <input type="checkbox"/> ماں <input type="checkbox"/> پپو <input type="checkbox"/> بھرا <input type="checkbox"/> اوہناں دی تعداد کیہ اے؟ _____ <input type="checkbox"/> اوہناں دی عمر (عمران) کیہ نیں؟ _____ <input type="checkbox"/> بھین (بھیناں) _____ <input type="checkbox"/> اوہناں دی تعداد کیہ اے؟ _____ <input type="checkbox"/> اوہناں دی عمر (عمران) کیہ نیں؟ _____ <input type="checkbox"/> کوئی ٻور <input type="checkbox"/> اوہناں دی تعداد کیہ اے؟ _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <input type="checkbox"/> No	<p>1.8 کیہ تهاڈا بال نرسری یا اسکول جاندا اے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نٿیں

<p><input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age</p> <p><input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school</p> <p><input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place</p> <p><input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school</p> <p>_____</p>	<p>میرا بال اچے 2 سال توں گھٹ عمر دا اے <input type="checkbox"/></p> <p>اسی داخلے لئی درخواست دتی اے پر بالے تیکر کیے نرسری/اسکول وچ داخل نہیں کیتا گیا <input type="checkbox"/></p> <p>میں ایس بارے جانکاری لینا چاہندا/چاہندی آن کہ مینوں نرسری یا اسکول وچ داخلے لئی درخواست دین وچ معاونت کیتھوں لبھ سکدی اے <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں – میریانی کر کے نرسری یا اسکول دا نام دسو <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
<p><b>Section two: Health questions</b></p>	<p><b>دوجا حصہ: صحت توں متعلق سوالات</b></p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 کیہ تھانوں اپنے بال توں متعلق کوئی خدشہ لاحق نہیں؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 کیہ ایس ویلے تھانوں بال دی طبیعت خراب اے یا اوہ بیمار اے؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 کیہ تھانوں بال نوں صحت دے روئے دے کارن چھیتی مدد دی لوڑ اے؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</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"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their urine</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their stool</p> <p><input type="checkbox"/> Headache</p> <p><input type="checkbox"/> Pain</p>	<p>2.4 کیہ موجودہ طور تے تھانوں بال وچ تھلے دتیاں وچوں کوئی علامتاں پائیاں جاندیاں نہیں؟ میریانی کر کے سارے قابل اطلاق تے نشان لاؤ</p> <p>بھار وچ گھاٹا <input type="checkbox"/></p> <p>کھنگ <input type="checkbox"/></p> <p>کھنگ وچ لہو آونا <input type="checkbox"/></p> <p>سوئے ہوئے مڑکا آونا <input type="checkbox"/></p> <p>شدید تھکاوٹ <input type="checkbox"/></p> <p>ساہ لین وچ اوکڑاں <input type="checkbox"/></p> <p>تاپ <input type="checkbox"/></p> <p>دست <input type="checkbox"/></p> <p>قبض <input type="checkbox"/></p> <p>جلدی مرضاں یا دھپڑ <input type="checkbox"/></p> <p>اوبناں دے پیشاب وچ لہو آونا <input type="checkbox"/></p> <p>اوبناں دے پاخانے وچ لہو آونا <input type="checkbox"/></p> <p>سردی پیڑ <input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> تکلیف <input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> پریشان کرن آلیاں یاداں یا ڈراؤنے سپنے <input type="checkbox"/> سون وچ اوکڑاں <input type="checkbox"/> ایذاں محسوس کرنا کہ اوہ خود نوں نقصان <input type="checkbox"/> پہنچانا چاہندیے نیں یا حیاتی توں بیزار نیں <input type="checkbox"/> کوئی ہور
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 میریانی کر کے جئے دی تصویر تے اوس حصے (حصاں) تے نشان لاؤ جتھے اوہ موجودہ طور تے اپنی صحت دے رولے (رولیاں) دا شکار نیں</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.6 کیہ تہاڈے بال دی پیدائش ویلے توں پہلاں ہوئی سی (چھٹی پیدائش ہوئی – حمل دے 37 ہفتیاں/8.5 مہینیاں توں پہلاں ہوئی)؟</p> <input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 کیہ تہاڈے بال نوں پیدائش توں بعد فوری طور تے صحت دا کوئی رولا لاحق ہویا سی جیویں ساہ لین وچ اوکڑاں، انفیکشن، دماغی چوٹ؟</p> <input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں

<p><b>2.8 New babies only (up to 3 months old):</b> Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.8 صرف نومولود بالان لئی (3 مہینے دی عمر تیکر):</b> کیه تہاڈے بال دی پیدائش توں بعد GP (ڈاکٹر) ولوں 6-8 ہفتیاں وچ معائنہ کیتا گیا سی؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2.9</b> Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.9</b> کیه تہاڈا بال صحت دے کسے وی قسم دے معلوم رولیاں دا شکار اے؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2.10</b> Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia <input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <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</p> <p><input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other</p>	<p><b>2.10</b> کیه تہاڈے بال نوں تھلے دتیاں بیماریاں وچوں کوئی لاحق اے؟ میریانی کر کے ساریاں قابل اطلاق تے نشان لاؤ</p> <p>دمہ <input type="checkbox"/> لہو دا مرض <input type="checkbox"/> لہو دے رتے خلیاں دی شکل دا مرض <input type="checkbox"/> تھیلیسیمیا <input type="checkbox"/> کینسر <input type="checkbox"/> دنداں دے رولے <input type="checkbox"/> شوگر <input type="checkbox"/> مرگی <input type="checkbox"/> اکھاں دے رولے <input type="checkbox"/> گناں، ٹک یا گلہ <input type="checkbox"/> دل دیاں مرضاں <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس B <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> گردیاں دے رولے <input type="checkbox"/> جگر دے رولے <input type="checkbox"/> ذہنی صحت دے رولے <input type="checkbox"/> افسردگی/ڈپریشن <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> صدمہ توں بعد دے تناؤ دا مرض (Post-) (PTSD، traumatic stress disorder) <input type="checkbox"/> ماضی وچ خود نوں نقصان پہنچایا <input type="checkbox"/> خودکشی دی کوشش کیتی <input type="checkbox"/> کوئی ہور <input type="checkbox"/> جلدی مرضاں <input type="checkbox"/> تھائی رائیڈ دی بیماری <input type="checkbox"/> تپ دق (TB) <input type="checkbox"/> کوئی ہور <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2.11</b> Has your child ever had any operations / surgery?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.11</b> کیه تہاڈے بال دا کدی وی کوئی آپریشن ہويا / کوئی سرجری ہوئی؟</p> <p>جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>

<p>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.12 کیه تهاڈے بال نوں جنگ، لڑائی یا تشدد دے نتیجے توں کسے جسمانی چوٹ سامنا کرنا پیا اے؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.13 Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 کیه تهاڈے بال نوں ذہنی صحت دے کوئی رولے لاحق نہیں؟ ایہہ کسے جنگ، لڑائی، تشدد یا زبردستی ملک بدری دے نتیجے توں ہو سکدے نیں؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.14 کیه تهاڈے بال نوں کوئی جسمانی معذوری یا ٹرن پھرن وچ اوکڑاں دا سامنا اے؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply</p> <p><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</p>	<p>2.15 کیه تهاڈا بال کسے جسی خرابی وچ مبتلا اے؟ میریانی کر کے ساری قابل اطلاق کے نشان لاؤ</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/> نابینا پن <input type="checkbox"/> نظر دی جزوی خرابی <input type="checkbox"/> مکمل بولا پن <input type="checkbox"/> جزوی طور کے گھٹ سننا <input type="checkbox"/> سنگھن اے/یا چکھن دے رولے <input type="checkbox"/></p>
<p>2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.16 کیه تهاڈے خیال وچ تهاڈا بال سکھن دی معذوری یا رولے کے مبنی رولے دا شکار اے؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17 کیه تسی اپنے بال دی بڑھوتری جیویں اوہدے بہار/قد توں متعلق کوئی خدشے لاحق نیں؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.18 <b>Babies only:</b> Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.18 <b>صرف نیک بالوں لئی:</b> کیه تهاڈا بال دودھ پین توں متعلق کسے رولے دا شکار اے جیویں الٹی کرنا، متلی آونا، دودھ پین توں انکار کرنا؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/></p>
<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p>	<p>2.19 کیه بال دے قریبی ٹبر وچوں کوئی شخص (پیو، ماں، بھین بھرا اے دادا/دادی) تھلے دتیاں وچوں کسے وچ مبتلا سی یا رہیا اے؟</p> <p>دمہ <input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> کینسر <input type="checkbox"/> ڈپریشن/ذہنی صحت دا مرض <input type="checkbox"/> شوگر <input type="checkbox"/> دل دا دورہ <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس B <input type="checkbox"/> ودھ بلڈ پریشر <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> سکھن دی معذوری <input type="checkbox"/> فالج <input type="checkbox"/> تپ دق (TB) <input type="checkbox"/> کوئی ہور								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –please list your child’s prescribed medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any prescriptions or medicines to your child’s appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="150 1041 775 1507"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 کیا تہاڈا بال کوئی نسخہ جاتی دوائیاں ورت رہیا اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں – میربانی کر کے اوہناں دوائیاں اتے خوراکاں نوں تھلے دتے گئے خانے وچ درج کرو، جیہڑیاں تہاڈے بال لئی تجویز کیتیاں گئیاں نیں میربانی کر کے اپنے بال دی اپائنٹمنٹ تے کسے وی قسم دے نسخے یا دوائیاں نال لے کے آؤ</p> <table border="1" data-bbox="825 1041 1453 1507"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نال</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نال		
Name	Dose								
خوراک	نال								
<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.21 کیا تسی اگلے کجھ ہفتیاں وچ اوہناں دوائیاں دے مُک جان بارے پریشان او؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں  <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>								



<p>2.22 Does your child 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?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 638 774 1064"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22 کیا تہاڈا بال کوئی ایذاں دیاں دوائیاں لیندا اے جیہڑیاں صحت دے ماہر ولوں تجویز کیتیاں نئیں نیں جیویں اوہ دوائیاں جیہڑیاں تسی فارمیسی/دکان/انٹرنیٹ یا باہر لے ملک توں منگوائیاں ہوں؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/>  جی ہاں – میربانی کر کے اوہ دوائیاں اے خوراکاں تھلے دے گئے خانے وچ درج کرو</p> <p>میربانی کر کے اپنے بال دی اپائنٹمنٹ تے کیسے وی قسم دیاں دوائیاں نال لے کے آؤ</p> <table border="1" data-bbox="821 638 1460 1064"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نال</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نال		
Name	Dose								
خوراک	نال								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23 کیا تہاڈے بال نوں کیسے دوائی توں الرجی اے؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/>  جی ہاں <input type="checkbox"/></p>								
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24 کیا تہاڈے بال نوں کیسے ہور شے توں الرجی اے؟ (جیویں کیسے خوراک، کیڑے مکوڑے دے کتن توں، لیٹیکس دستانیاں توں)؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/>  جی ہاں <input type="checkbox"/></p>								
<p><b>Section three: Vaccinations</b></p>	<p><b>تیجا حصہ: ویکسینیشنز</b></p>								
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?</p> <p><b>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</b></p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.1 کیا تہاڈے بال نوں اوہدی عمر دے حساب توں اوہدے آبائی ملک وچ بچپن دے سارے حفاظتی ٹیکے لوائے گئے سی؟</p> <p>جے تہاڈے کول حفاظتی ٹیکیاں دا ریکارڈ موجود اے، تاں میربانی کر کے اپنی اپائنٹمنٹ تے اوہناں نوں نال لے کے آؤ۔</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/>  جی ہاں <input type="checkbox"/>  مینوں معلوم نئیں <input type="checkbox"/></p>								

<p>3.2 Has your child 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>3.2 کیه تهاڈے بال نوں تپ دق (TB) دا ٹیکہ لگ چکيا اے؟</p> <p>جی نئیں <input type="checkbox"/></p> <p>جی ہاں <input type="checkbox"/></p> <p>میںوں معلوم نئیں <input type="checkbox"/></p>
<p>3.3 Has your child 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>3.3 کیه تهاڈے بال نوں COVID-19 دا ٹیکہ لگ چکيا اے؟</p> <p>جی نئیں <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 توں ودھ خوراکیں <input type="checkbox"/></p> <p>میںوں معلوم نئیں <input type="checkbox"/></p>
<p>If there is something relating to your child's health 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>جے تهاڈے بال دی صحت توں متعلق کوئی ایذاں دی گل اے جیہڑی تسی ایس فارم وچ سانجھا کرن لے جھجھک محسوس کردے او اے تسی اوہینوں ڈاکٹر نال سانجھا کرنا چاہندے او، تاں میربانی کر کے اپنی GP نوں کال کرو اے اپائنٹمنٹ طے کرواؤ</p>