

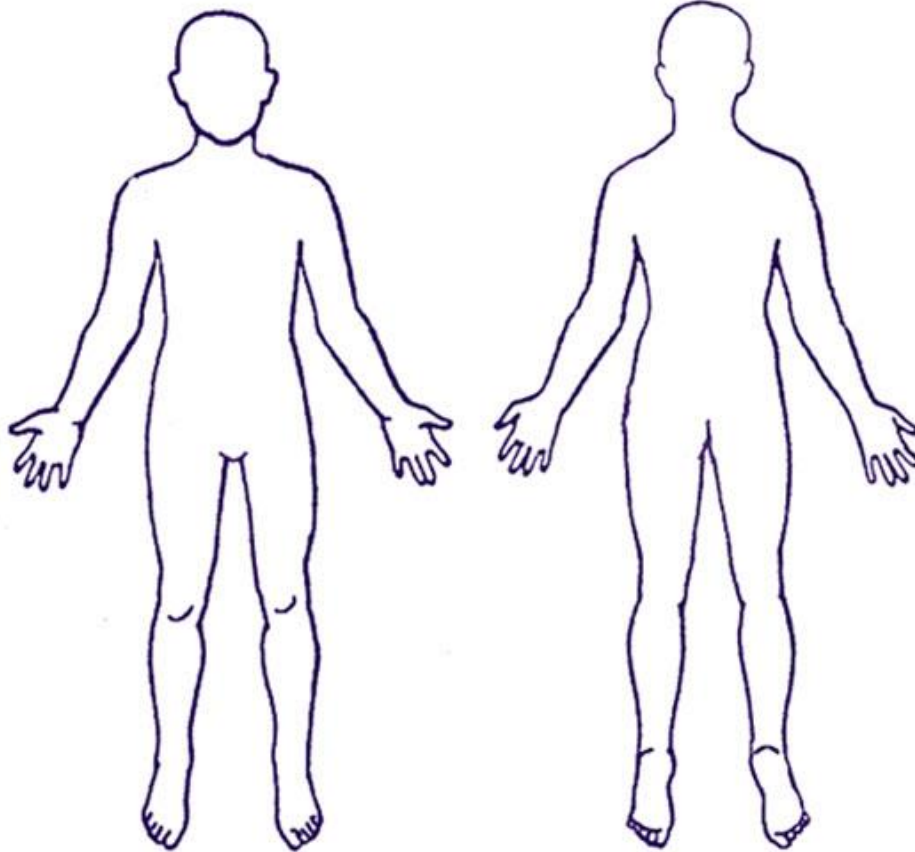
English	انگلیسی / Dari
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>پرسشنامه مریض جدید برای مهاجران تازه‌وارد در بریتانیا</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <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>همه حق برخورداری از داکتر عمومی را دارند. برای برخورداری از داکتر عمومی نیازی به گواهی آدرس، وضعیت مهاجرت، کارت شناسایی یا نمبر سرویس صحت همگانی (NHS) نیست.</p> <p>این پرسشنامه برای جمع آوری معلومات در مورد صحت شما است تا متخصصان صحت در مطب داکتر عمومی بدانند به چه پشتیبانی، تداوی و سرویس تخصصی مطابق با سیاست‌های محرمانگی و اشتراک دیتای «سرویس صحت همگانی» ممکن است نیاز داشته باشید.</p> <p>داکتر عمومی شما هیچ معلوماتی را که برای مقاصد غیر از مراقبت مستقیم خود ارائه می‌دهید فاش نمی‌کند مگر اینکه: موافقت کرده باشید (مثلاً برای حمایت از تحقیقات پزشکی)؛ یا طبق قانون موظف به انجام این کار باشند (مثلاً برای محافظت از سایر افراد در برابر آسیب جدی)؛ یا پای منافع عمومی مهمی در میان باشد (مثلاً به یک مریضی مسری مبتلا باشید). برای معلومات بیشتر در مورد نحوه استفاده داکتر عمومی از معلومات شما به مطب داکتر عمومی خود مراجعه کنید.</p> <p>پاسخ‌های خود را به مطب داکتر عمومی برگردانید.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>بخش یک: معلومات شخصی</p>
<p>Full name:</p>	<p>نام کامل:</p>
<p>Address:</p>	<p>آدرس:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>نمبر تلفون:</p>
<p>Email address:</p>	<p>آدرس ایمیل:</p>

<p>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</p>	<p>لطفاً به تمام سوالات پاسخ دهید و تمام پاسخ هایی را که درباره تان صدق می کند علامت بزنید.</p>
<p>1.1 Date questionnaire completed:</p>	<p>1.1 تاریخ تکمیل پرسشنامه:</p>
<p>1.2 Which of the following best describes you?</p> <p><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.2 کدام یک از گزینه های زیر به بهترین نحو شما را توصیف می کند؟</p> <p><input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم نگویم</p>
<p>1.3 Is this the same gender you were given at birth?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.3 آیا این همان جنسیتی است که هنگام تولد داشتید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم نگویم</p>
<p>1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____</p>	<p>1.4 تاریخ تولد: تاریخ _____ ماه _____ سال _____</p>
<p>1.5 Religion:</p> <p><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</p>	<p>1.5 مذهب:</p> <p><input type="checkbox"/> بودا <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> هندو <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/> مسلمان <input type="checkbox"/> سیک <input type="checkbox"/> مذاهب دیگر <input type="checkbox"/> بی مذهب</p>
<p>1.6 Marital status:</p> <p><input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above</p>	<p>1.6 وضعیت تأهل:</p> <p><input type="checkbox"/> متأهل/شریک مدنی <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> هیچ یک از موارد فوق</p>
<p>1.7 Sexual Orientation:</p> <p><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)</p>	<p>1.7 گرایش جنسی:</p> <p><input type="checkbox"/> دگرجنس گرا (علاقمند به جنس مخالف) <input type="checkbox"/> همجنس گرا (علاقمند به هم جنس) <input type="checkbox"/> دو جنس گرا (علاقمند به مرد و زن) <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم نگویم <input type="checkbox"/> سایر موارد</p>

<input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	
<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 لسان گفتاری اصلی:</p> <p>آلبانی [] عربی [] دری [] انگلیسی [] فارسی [] سایر موارد []</p>
<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 لسان گفتاری دوم:</p> <p>آلبانی [] عربی [] دری [] انگلیسی [] فارسی [] سایر موارد []</p>
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.10 آیا به ترجمان شفاهی نیاز دارید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></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.</p> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	<p>1.11 ترجیح می دهید ترجمان شفاهی خانم باشد یا آقا؟ لطفاً توجه داشته باشید که در دسترس بودن ترجمان شاید به این معنی باشد که برآورده کردن ترجیح و اولویت شما همیشه امکان پذیر نیست.</p> <p>مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> فرقی نمی کند <input type="checkbox"/></p>
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading	<p>1.12 آیا می توانید به لسان خود بخوانید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در خواندن مشکل دارم <input type="checkbox"/></p>
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	<p>1.13 آیا می توانید به لسان خود نوشته کنید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در نوشته کردن مشکل دارم <input type="checkbox"/></p>
<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.14 آیا در لسان اشاره به کمک نیاز دارید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p>

<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p>	<p>1.15 لطفاً جزئیات مربوط به خویشاوندان نزدیک خود و/یا شخصی را که بتوانیم در مواقع امرجنسی با او در تماس شویم ارائه دهید:</p>				
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="145 340 434 927"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="440 340 802 927"> <p><u>Next of kin</u></p> </td> </tr> </table>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="825 340 1107 853"> <p>نام:</p> <p>نمبر تلفون:</p> <p>آدرس:</p> </td> <td data-bbox="1114 340 1477 853"> <p><u>خویشاوند نزدیک</u></p> </td> </tr> </table>	<p>نام:</p> <p>نمبر تلفون:</p> <p>آدرس:</p>	<p><u>خویشاوند نزدیک</u></p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>				
<p>نام:</p> <p>نمبر تلفون:</p> <p>آدرس:</p>	<p><u>خویشاوند نزدیک</u></p>				
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="145 936 434 1518"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="440 936 802 1518"> <p>Emergency contact (if different)</p> </td> </tr> </table>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="825 862 1107 1368"> <p>نام:</p> <p>نمبر تلفون:</p> <p>آدرس:</p> </td> <td data-bbox="1114 862 1477 1368"> <p>نمبر امرجنسی (در صورت تفاوت)</p> </td> </tr> </table>	<p>نام:</p> <p>نمبر تلفون:</p> <p>آدرس:</p>	<p>نمبر امرجنسی (در صورت تفاوت)</p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>				
<p>نام:</p> <p>نمبر تلفون:</p> <p>آدرس:</p>	<p>نمبر امرجنسی (در صورت تفاوت)</p>				
<p>Section two: Health questions</p>	<p>بخش دو: سؤالاتی درباره صحت</p>				
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 آیا در حال حاضر احساس ناخوشی یا مریضی می کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p>				
<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>2.2 آیا برای مشکل صحت خود به کمک فوری نیاز دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p>				
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p>	<p>2.3 آیا در حال حاضر، هیچ یک از علائم زیر را دارید؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید</p>				

<input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats <input type="checkbox"/> Extreme tiredness <input type="checkbox"/> Breathing problems <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in your urine <input type="checkbox"/> Blood in your stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <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 like you can't control your thoughts or actions <input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> سرفه خونی <input type="checkbox"/> تعریق شبانه <input type="checkbox"/> خستگی شدید <input type="checkbox"/> مشکلات تنفسی <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی یا کهیر <input type="checkbox"/> خون در ادرار <input type="checkbox"/> خون در مدفوع <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> خلق پایین <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> کابوس ها یا یادآوری خاطرات ناراحت کننده <input type="checkbox"/> مشکل خواب <input type="checkbox"/> احساس ناتوانی در کنترل افکار یا اعمال <input type="checkbox"/> تمایل به آسیب به خود یا دست کشیدن از زندگی <input type="checkbox"/> سایر موارد
<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 لطفاً روی تصویر بدن، ناحیه(هایی) را که در آن دچار مشکل صحت هستید علامت بزنید</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 آیا مریضی شناخته شده ای دارید که هنوز تداوی نشده باشد؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <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><input type="checkbox"/> HIV or AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p>	<p>2.6 آیا هیچ یک از موارد زیر را دارید یا داشته اید؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید</p> <p>آرتروز <input type="checkbox"/></p> <p>آسم <input type="checkbox"/></p> <p>اختلال خونی <input type="checkbox"/></p> <p>کم خونی داسی شکل <input type="checkbox"/></p> <p>تالاسمی <input type="checkbox"/></p> <p>سرطان <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات دندانی <input type="checkbox"/></p> <p>دیابت <input type="checkbox"/></p> <p>صرع <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات بینایی <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات قلبی <input type="checkbox"/></p> <p>هپاتیت بی <input type="checkbox"/></p> <p>هپاتیت سی <input type="checkbox"/></p> <p>اچ آی وی یا ایدز <input type="checkbox"/></p> <p>فشار خون بالا <input type="checkbox"/></p>

<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	مشکلات کلیوی <input type="checkbox"/> مشکلات کبدی <input type="checkbox"/> مشکل ریوی / مشکلات تنفسی طولانی مدت <input type="checkbox"/> مشکلات روانی <input type="checkbox"/> کسالت/افسردگی <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) <input type="checkbox"/> خودجرحی در گذشته <input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> پوکی استخوان <input type="checkbox"/> مریضی پوستی <input type="checkbox"/> سکته <input type="checkbox"/> مریضی تیروئید <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
2.7 Have you ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 آیا تا به حال عمل / جراحی انجام داده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
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 عمل / جراحی انجام داده اید، مربوط به چند وقت پیش بوده است؟ در 12 ماه گذشته <input type="checkbox"/> 1 – 3 سال پیش <input type="checkbox"/> بیش از 3 سال پیش <input type="checkbox"/>
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.9 آیا در اثر جنگ، درگیری یا شکنجه، آسیب جسمی دیده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
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 آیا مشکل روانی دارید؟ این مشکلات می تواند ناشی از جنگ، درگیری، شکنجه یا فرار اجباری از کشور باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
2.11 Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply	2.11 برخی از مریضی ها ممکن است فامیلی باشد. آیا کسی از اعضای فامیل نزدیک شما (ولد، مادر، خواهر و برادر و ولدیت و مادر بزرگ) هیچ یک از مشکلات زیر را داشته یا به آن مبتلا بوده است؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید سرطان <input type="checkbox"/>

<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	دیابت <input type="checkbox"/> افسردگی/مریضی روانی <input type="checkbox"/> حمله قلبی <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> سکته <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i> Please bring any prescriptions or medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 745 775 1115"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 آیا دواهای تجویزی مصرف می کنید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله -<i>لطفاً دواها و دوزهای تجویزی خود را در کادر زیر فهرست کنید</i> لطفاً هر قسم نسخه یا دوا را در نوبت ویزیت خود بیاورید</p> <table border="1" data-bbox="825 745 1452 1115"> <thead> <tr> <th>نام</th> <th>دوز</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	نام	دوز		
Name	Dose								
نام	دوز								
<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 آیا درباره تمام شدن این دواها در چند هفته آینده تشویش دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</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 –<i>please list medicines and doses in the box below</i> Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 1742 775 2033"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 آیا دواهایی را مصرف می کنید که داکتر متخصص تجویز نکرده است، مانند دواهایی که از دواخانه/فروشگاه/اینترنت خریده اید یا از خارج از کشور ارسال شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله -<i>لطفاً دواها و دوزها را در کادر زیر فهرست کنید</i> لطفاً هر قسم دوا را در نوبت ویزیت خود بیاورید</p> <table border="1" data-bbox="825 1671 1452 2033"> <thead> <tr> <th>نام</th> <th>دوز</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	نام	دوز		
Name	Dose								
نام	دوز								

2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15 آیا به دوائی حساسیت دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <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 آیا به چیز دیگری حساسیت دارید؟ (مثل غذا، نیش حشره، دستکش لاتکس)؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 آیا ناتوانی جسمی یا مشکلات حرکتی دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		
2.18 Do you have any sensory impairments? Please tick all that apply <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 آیا اختلالات حسی دارید؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید خیر <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/> کاهش جزئی بینایی <input type="checkbox"/> ناشنوایی کامل <input type="checkbox"/> ناشنوایی جزئی <input type="checkbox"/> مشکلات بویایی و/یا چشایی <input type="checkbox"/>		
2.19 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19 آیا مشکل یادگیری دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <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 آیا موضوع خصوصی خاصی وجود دارد که بخواهید در نوبت ویزیت بعدی خود با متخصص طبّی صحبت/مطرح کنید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		
Section three: Lifestyle questions	بخش سه: سؤالاتی درباره سبک زندگی		
3.1 How often do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Monthly or less	3.1 هر چند وقت یک بار الکل مصرف می کنید؟ هرگز <input type="checkbox"/> ماهانه یا کمتر <input type="checkbox"/>		

<p> <input type="checkbox"/> 2-4 times per month <input type="checkbox"/> 2-3 times per week <input type="checkbox"/> 4 or more times per week </p> <p><i>There is 1 unit of alcohol in:</i></p> <p> 1/2 pint glass of beer</p> <p> 1 small glass of wine</p> <p> 1 single measure of spirits</p>	<p> <input type="checkbox"/> 2-4 بار در ماه <input type="checkbox"/> 2-3 بار در هفته <input type="checkbox"/> 4 بار یا بیشتر در هفته </p> <p>هر یک از موارد زیر، 1 واحد الکل دارد:</p> <p> نصف لیوان پابنت آبجو</p> <p> 1 گلیاس کوچک شراب</p> <p> 1 پیمانه مشروبات الکلی تقطیری</p>
<p>a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p> <input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 or more </p>	<p>a. در یک روز عادی که الکل می نوشید، چند واحد الکل مصرف می کنید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 یا بیشتر </p>
<p>b. 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 <input type="checkbox"/> Less than monthly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily </p>	<p>b. در سال گذشته، هر چند وقت یکبار 6 واحد یا بیشتر (اگر خانم هستید)، یا 8 واحد یا بیشتر (اگر آقا هستید)، در یک موقعیت مصرف کرده اید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از ماهانه <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> روزانه یا تقریباً روزانه </p>
<p>c. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p>	<p>c. آیا مواد مخدری مثل حشیش، کوکائین، هروئین مصرف می کنید که ممکن است برای صحتتان مضر باشد؟</p>

<input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	هرگز <input type="checkbox"/> مواد مخدری را که ممکن است مضر باشند ترک کرده ام <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
<p>d. 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? _____	<p>d. آیا سیگار میکشید؟</p> هرگز <input type="checkbox"/> سیگار را ترک کرده ام <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> سیگار <input type="checkbox"/> چه تعداد در روز؟ _____
<p>e. Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>e. آیا تنباکو را می جوید؟</p> هرگز <input type="checkbox"/> جویدن تنباکو را ترک کرده ام <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>بخش چهار: واکسیناسیون</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin? If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 آیا تمام واکسن های دوران طفولیت را که در کشور خود ارائه شده دریافت کرده اید؟ اگر سوابق واکسیناسیون خود را دارید، لطفاً آن را در نوبت ویزیت بیاورید.</p> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.2 آیا در برابر سل (TB) واکسینه شده اید؟</p> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>

<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 آیا در برابر کووید-19 واکسینه شده اید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> 1 دوز</p> <p><input type="checkbox"/> 2 دوز</p> <p><input type="checkbox"/> 3 دوز</p> <p><input type="checkbox"/> بیش از 3 دوز</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم</p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>بخش پنج: سوالات مخصوص مریض های خانم</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 آیا باردار هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> ممکن است باردار باشم</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p>هفته چندم حاملگی هستید؟ _____</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 <i>e.g. condoms, gel</i></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) <i>e.g. Mirena</i></p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2 آیا از ابزار ضدحاملگی استفاده می کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p>از چه روشی استفاده می کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> ضدحاملگی سدی مثل کاندوم، ژل</p> <p><input type="checkbox"/> قرص ضدحاملگی خوراکی</p> <p><input type="checkbox"/> حلقه مسی/دستگاه داخل رحمی (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> حلقه هورمونی/سیستم داخل رحمی (IUS) مثل میرنا</p> <p><input type="checkbox"/> آمپول ضدحاملگی</p> <p><input type="checkbox"/> ایمپلنت ضدحاملگی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر موارد</p>
<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.3 آیا نیاز فوری به پیشگیری از حاملگی دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p>
<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> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I would like to be given more information</p>	<p>5.4 آیا تا به حال اسمیر دهانه رحم یا آزمایش پاپ اسمیر انجام داده اید؟ این آزمایشی برای بررسی صحت دهانه رحم و کمک به پیشگیری از سرطان دهانه رحم است.</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> مایلم معلومات بیشتری دریافت کنم</p>

<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.5 آیا هیستریکتومی (عمل برداشتن رحم و دهانه رحم) انجام داده اید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p>
<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> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.6 به عنوان یک مریض خانم، آیا موضوع خصوصی خاصی وجود دارد که بخواهید در نوبت ویزیت بعدی خود با متخصص مراقبت های درمانی صحبت/مطرح کنید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p>
<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 نکته ای هست که دوست ندارید در این فرم مطرح کنید و می خواهید آن را با داکتر در میان بگذارید، لطفاً با داکتر عمومی خود در تماس شوید و نوبت ویزیت دریافت کنید.</p>