

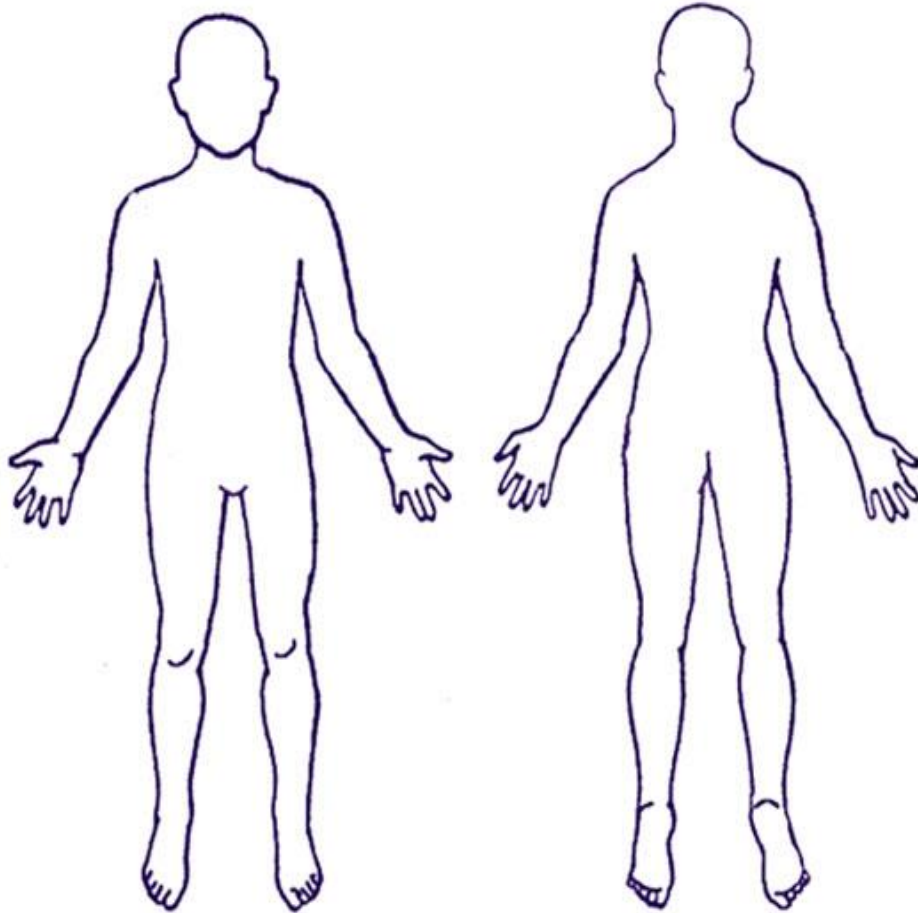
Persian/انگلیسی	English
<p>پرسشنامه جدید بیمار برای مهاجران تازه وارد به بریتانیا</p>	<p><b>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</b></p>
<p>همه حق دارند نزد یک پزشک عمومی ثبت نام کنند. برای ثبت نام نزد پزشک عمومی نیازی به گواهی اثبات نشانی، وضعیت مهاجرتی، مدرک شناسایی یا شماره NHS ندارید.</p> <p>این پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات در مورد سلامت شما است تا کارکنان حرفه ای بهداشت حاضر در مطب پزشک عمومیتان بتوانند بدانند که احتمالاً طبق خطمشی های رازداری و به اشتراک گذاری داده های خدمات سلامت ملی، به چه نوع پشتیبانی، درمان و خدمات تخصصی نیاز دارید.</p> <p>پزشک عمومیتان هیچ اطلاعاتی را که ارائه می دهید جز برای مقاصد مراقبت مستقیم شما فاش نمی کند مگر اینکه: رضایت داده باشید (مثلاً برای حمایت از تحقیقات پزشکی)؛ یا طبق قانون موظف به انجام این کار باشد (مثلاً برای محافظت از افراد دیگر در برابر آسیب جدی)؛ یا به این دلیل که منافع عمومی مهمی برتری پیدا کند (مثلاً شما مبتلا به یک بیماری مسری باشید). اطلاعات بیشتر در مورد نحوه استفاده پزشک عمومی از اطلاعات شما نزد کارکنان مطب پزشک عمومیتان موجود است.</p> <p>پاسخ های خود را به کارکنان مطب پزشک عمومیتان برگردانید.</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>بخش اول: مشخصات فردی</p>	<p><b>Section one: Personal details</b></p>
<p>نام و نام خانوادگی:</p>	<p>Full name:</p>
<p>نشانی:</p>	<p>Address:</p>
<p>شماره تلفن:</p>	<p>Telephone number:</p>

نشانی ایمیل:	Email address:
لطفا تمام سوالات را تکمیل کنید و تمام پاسخ‌هایی را علامت بزنید که به شما مرتبط است.	<b>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</b>
1.1 تاریخ تکمیل پرسشنامه:	1.1 Date questionnaire completed:
1.2 کدام یک از موارد زیر شما را به بهترین شکل توصیف می‌کند؟ مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم نگویم <input type="checkbox"/>	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
1.3 آیا این همان جنسیتی است که در هنگام تولد داشته‌اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم نگویم <input type="checkbox"/>	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
1.4 تاریخ تولد: روز _____ ماه _____ سال _____	1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____
1.5 دین: بودایی <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> هندو <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/> مسلمان <input type="checkbox"/> سیک <input type="checkbox"/> دین دیگری <input type="checkbox"/> بدون دین <input type="checkbox"/>	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
1.6 وضعیت تأهل: متأهل/شریک مدنی <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>	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
1.7 گرایش جنسی دگرجنس‌گرا (جذب جنس مخالف) <input type="checkbox"/> همجنس‌گرا (جذب همان جنس) <input type="checkbox"/> دوجنس‌گرا (جذب آقایان و خانم‌ها) <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم نگویم <input type="checkbox"/>	1.7 Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex) <input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex)

<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females) <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other																								
<p>1.8 زبان گفتاری اصلی:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> روسیه‌ای</td> <td><input type="checkbox"/> آلبانیایی</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> تیگرینیایی</td> <td><input type="checkbox"/> عربی</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> اوکراینی</td> <td><input type="checkbox"/> دری</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> اردو</td> <td><input type="checkbox"/> انگلیسی</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ویتنامی</td> <td><input type="checkbox"/> فارسی</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> سایر</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> روسیه‌ای	<input type="checkbox"/> آلبانیایی	<input type="checkbox"/> تیگرینیایی	<input type="checkbox"/> عربی	<input type="checkbox"/> اوکراینی	<input type="checkbox"/> دری	<input type="checkbox"/> اردو	<input type="checkbox"/> انگلیسی	<input type="checkbox"/> ویتنامی	<input type="checkbox"/> فارسی		<input type="checkbox"/> سایر	<p>1.8 Main spoken language:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albanian</td> <td><input type="checkbox"/> Russian</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arabic</td> <td><input type="checkbox"/> Tigrinya</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dari</td> <td><input type="checkbox"/> Ukrainian</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> English</td> <td><input type="checkbox"/> Urdu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Persian</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamese</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other</td> <td></td> </tr> </table>	<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"/> روسیه‌ای	<input type="checkbox"/> آلبانیایی																								
<input type="checkbox"/> تیگرینیایی	<input type="checkbox"/> عربی																								
<input type="checkbox"/> اوکراینی	<input type="checkbox"/> دری																								
<input type="checkbox"/> اردو	<input type="checkbox"/> انگلیسی																								
<input type="checkbox"/> ویتنامی	<input type="checkbox"/> فارسی																								
	<input type="checkbox"/> سایر																								
<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>1.9 زبان گفتاری دوم:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> روسیه‌ای</td> <td><input type="checkbox"/> آلبانیایی</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> تیگرینیایی</td> <td><input type="checkbox"/> عربی</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> اوکراینی</td> <td><input type="checkbox"/> دری</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> اردو</td> <td><input type="checkbox"/> انگلیسی</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ویتنامی</td> <td><input type="checkbox"/> فارسی</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> هیچکدام</td> <td><input type="checkbox"/> سایر</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> روسیه‌ای	<input type="checkbox"/> آلبانیایی	<input type="checkbox"/> تیگرینیایی	<input type="checkbox"/> عربی	<input type="checkbox"/> اوکراینی	<input type="checkbox"/> دری	<input type="checkbox"/> اردو	<input type="checkbox"/> انگلیسی	<input type="checkbox"/> ویتنامی	<input type="checkbox"/> فارسی	<input type="checkbox"/> هیچکدام	<input type="checkbox"/> سایر	<p>1.9 Second spoken language:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albanian</td> <td><input type="checkbox"/> Russian</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arabic</td> <td><input type="checkbox"/> Tigrinya</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dari</td> <td><input type="checkbox"/> Ukrainian</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> English</td> <td><input type="checkbox"/> Urdu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Persian</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamese</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other</td> <td><input type="checkbox"/> None</td> </tr> </table>	<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
<input type="checkbox"/> روسیه‌ای	<input type="checkbox"/> آلبانیایی																								
<input type="checkbox"/> تیگرینیایی	<input type="checkbox"/> عربی																								
<input type="checkbox"/> اوکراینی	<input type="checkbox"/> دری																								
<input type="checkbox"/> اردو	<input type="checkbox"/> انگلیسی																								
<input type="checkbox"/> ویتنامی	<input type="checkbox"/> فارسی																								
<input type="checkbox"/> هیچکدام	<input type="checkbox"/> سایر																								
<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>1.10 به مترجم شفاهی احتیاج دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>	<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>																								
<p>1.11 مترجم شفاهی مرد یا زن را ترجیح می‌دهید؟ لطفاً توجه داشته باشید که در دسترس بودن مترجم شفاهی ممکن است به معنی تأمین همیشگی ترجیح شما نباشد.</p> <p><input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مشکلی ندارم</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> <p><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind</p>																								
<p>1.12 آیا می‌توانید به زبان خودتان بخوانید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> من در خواندن مشکل دارم</p>	<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading</p>																								
<p>1.13 آیا می‌توانید به زبان خودتان بنویسید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> من در نوشتن مشکل دارم</p>	<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing</p>																								
<p>1.14 آیا به پشتیبانی با زبان اشاره نیاز دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>																								

بله <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Yes	
1.15 لطفا جزئیات مربوط به خویشاوند نزدیک و/یا کسی را ارائه دهید که بتوانیم در شرایط اضطراری با ایشان تماس بگیریم:		1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:	
<u>خویشاوند نزدیک</u>	نام:  شماره تلفن تماس:  آدرس:	Name:  Contact telephone number:  Address:	<u>Next of kin</u>
تماس اضطراری (در صورت متفاوت بودن)	نام:  شماره تلفن تماس:  نشانی:	Name:  Contact telephone number:  Address:	Emergency contact (if different)
بخش دوم: سوالات سلامت		Section two: Health questions	
2.1 آیا در حال حاضر احساس ناخوشی می‌کنید یا بیمار هستید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
2.2 آیا برای مشکل سلامتیتان به کمک فوری نیاز دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

<p>2.3 آیا در حال حاضر هیچ یک از علائم زیر را دارید؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید</p> <p>کاهش وزن <input type="checkbox"/></p> <p>سرفه <input type="checkbox"/></p> <p>سرفه به همراه خون <input type="checkbox"/></p> <p>تعریق شبانه <input type="checkbox"/></p> <p>خستگی مفرط <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات تنفسی <input type="checkbox"/></p> <p>تب <input type="checkbox"/></p> <p>اسهال <input type="checkbox"/></p> <p>ناراحتی‌ها یا بثورات پوستی <input type="checkbox"/></p> <p>خون در ادرار <input type="checkbox"/></p> <p>خون در مدفوع <input type="checkbox"/></p> <p>سردرد <input type="checkbox"/></p> <p>درد <input type="checkbox"/></p> <p>خلق پایین <input type="checkbox"/></p> <p>اضطراب <input type="checkbox"/></p> <p>یادآوری‌ها یا کابوس‌های پریشان‌کننده <input type="checkbox"/></p> <p>مشکل در به خواب رفتن <input type="checkbox"/></p> <p>احساس کنید که نمی‌توانید افکار یا اعمالتان را کنترل کنید <input type="checkbox"/></p> <p>احساس کنید که می‌خواهید به خود آسیب برسانید <input type="checkbox"/></p> <p>یا از زندگی دست بکشید <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></p>	<p>2.3 Do you 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"/> 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>2.4 لطفاً روی تصویر بدن ناحیه(هایی) را علامت بزنید که فعلاً در آنها مشکل(های) سلامتی دارید.</p>	<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>









<p>2.5 آیا هرگونه مشکلات سلامتی شناخته شده‌ای دارید که در حال حاضر وجود داشته باشد؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></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>2.6 آیا هیچ یک از موارد زیر را دارید یا تا به حال داشته‌اید؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید</p> <p>آرتروز (مفصل) <input type="checkbox"/></p> <p>آسم <input type="checkbox"/></p> <p>اختلال خونی <input type="checkbox"/></p> <p>کم‌خونی 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 چشمی <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات قلبی <input type="checkbox"/></p> <p>هپاتیت ب <input type="checkbox"/></p> <p>هپاتیت سی <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"/> اچ‌آی‌وی یا ایدز  <input type="checkbox"/> فشار خون بالا  <input type="checkbox"/> مشکلات کلیوی  <input type="checkbox"/> مشکلات کبدی  <input type="checkbox"/> مشکل طولانی مدت ریوی/مشکلات تنفسی  <input type="checkbox"/> مشکلات روحی و روانی  <input type="checkbox"/> خلق پایین/افسردگی.  <input type="checkbox"/> اضطراب  <input type="checkbox"/> اختلال استرس پس از سانحه  <b>(PTSD)</b>  <input type="checkbox"/> خود آسیب‌دیدگی قبلی  <input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی  <input type="checkbox"/> سایر  <input type="checkbox"/> پوکی استخوان  <input type="checkbox"/> بیماری‌های پوستی  <input type="checkbox"/> سکته  <input type="checkbox"/> بیماری تیروئید  <input type="checkbox"/> سل (TB)  <input type="checkbox"/> سایر </p>	<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 </p>
<p> <b>2.7</b> آیا تا به حال تحت هیچ‌گونه عمل / جراحی بوده‌اید؟  <input type="checkbox"/> خیر  <input type="checkbox"/> بله </p>	<p> <b>2.7</b> Have you ever had any operations / surgery?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes </p>
<p> <b>2.8</b> اگر تا به حال عمل/جراحی داشته‌اید، چه مدت پیش بوده است؟  <input type="checkbox"/> در 12 ماه گذشته  <input type="checkbox"/> 1 - 3 سال پیش  <input type="checkbox"/> بیش از 3 سال پیش </p>	<p> <b>2.8</b> 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 </p>
<p> <b>2.9</b> آیا هرگونه آسیب‌دیدگی جسمی از جنگ، درگیری و یا شکنجه دارید؟  <input type="checkbox"/> خیر  <input type="checkbox"/> بله </p>	<p> <b>2.9</b> Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes </p>
<p> <b>2.10</b> آیا هرگونه مشکل سلامت روانی دارید؟ این مشکلات می‌تواند ناشی از جنگ، درگیری، شکنجه یا مجبور شدن به فرار از کشور باشد؟  <input type="checkbox"/> خیر  <input type="checkbox"/> بله </p>	<p> <b>2.10</b> 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 </p>
<p> <b>2.11</b> برخی از مشکلات پزشکی ممکن است در خانواده‌ها وجود داشته باشد. آیا یکی از اعضای خانواده درجه یکتان </p>	<p> <b>2.11</b> Some medical problems can run in families. Has a member of your </p>

<p>(پدر، مادر، خواهر و برادر و پدربزرگ و مادربزرگ) یکی از موارد زیر را داشته یا به آنها مبتلا بوده است؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید</p> <p>سرطان <input type="checkbox"/></p> <p>دیابت <input type="checkbox"/></p> <p>افسردگی/بیماری سلامت روان <input type="checkbox"/></p> <p>حمله قلبی <input type="checkbox"/></p> <p>فشار خون بالا <input type="checkbox"/></p> <p>سکته <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></p>	<p>immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness</p> <p><input type="checkbox"/> Heart attack</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>								
<p>2.12 آیا در حال حاضر هرگونه داروهای تجویزی مصرف می‌کنید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله - لطفاً داروها و دوزهای تجویز شده برای خودتان را در کادر زیر فهرست کنید</p> <p><b>لطفاً هرگونه نسخه یا دارو را در قرار ملاقاتتان همراه داشته باشید</b></p> <table border="1" data-bbox="140 963 767 1406"> <thead> <tr> <th>نام</th> <th>دوز</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	نام	دوز			<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes –please list your prescribed medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any prescriptions or medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="799 927 1426 1301"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
نام	دوز								
Name	Dose								
<p>2.13 آیا نگران تمام شدن هریک از این داروها در چند هفته آینده هستید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p>	<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.14 آیا هرگونه دارویی را مصرف می‌کنید که توسط متخصص بهداشت تجویز نشده باشد، مانند داروهایی که از داروخانه/فروشگاه/اینترنت خریده باشید یا از خارج از کشور تحویل گرفته باشید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله - لطفاً داروها و دوزها را در کادر زیر فهرست کنید</p> <p><b>لطفاً هر دارویی را در قرار ملاقات فرزندتان همراه داشته باشید</b></p> <table border="1" data-bbox="140 2002 767 2042"> <thead> <tr> <th>نام</th> <th>دوز</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	نام	دوز			<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?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any medications to your appointment</b></p>				
نام	دوز								



		Name	Dose
2.15 آیا به هرگونه دارویی حساسیت دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
2.16 آیا به هرچیز دیگری حساسیت دارید؟ (مثلاً غذا، نیش حشرات، دستکش لاتکس)؟ 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		
2.17 آیا هرگونه ناتوانی جسمی یا مشکلات تحرکی دارید؟ 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		
2.18 آیا هرگونه اختلال حسی دارید؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید خیر <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/> کمبینایی جزئی <input type="checkbox"/> ناشنوایی <input type="checkbox"/> کمشنوایی جزئی <input type="checkbox"/> مشکلات بویایی و/یا چشایی <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		
2.19 آیا هرگونه مشکل یادگیری دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	2.19 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
2.20 آیا هرگونه موضوع خصوصی خاصی هست که بخواهید در قرار ملاقات بعدی خود با یک متخصص بهداشت به بحث بگذارید/مطرح کنید؟ 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		

بخش سوم: سوالات سبک زندگی	Section three: Lifestyle questions
<p>3.1 هر چند وقت یکبار الکل می‌نوشید؟</p> <p>هرگز <input type="checkbox"/></p> <p>یک بار ماهانه یا کمتر <input type="checkbox"/></p> <p>2-4 بار در ماه <input type="checkbox"/></p> <p>2-3 بار در هفته <input type="checkbox"/></p> <p>4 یا بیشتر بار در هفته <input type="checkbox"/></p> <p>1 واحد الکل می‌شود:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>2/1 لیوان پینت آبجو</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>1 لیوان کوچک شراب</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>1 مقیاس واحد از مشروبات الکلی</p> </div>	<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 style="text-align: center;">  <p>1/2 pint glass of beer</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>1 small glass of wine</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>1 single measure of spirits</p> </div>
<p>a. وقتی مشروب می‌نوشید، در یک روز معمولی چند واحد الکل می‌نوشید؟</p> <p>0-2 <input type="checkbox"/></p> <p>3-4 <input type="checkbox"/></p> <p>5-6 <input type="checkbox"/></p> <p>7-9 <input type="checkbox"/></p> <p>10 یا بیشتر <input type="checkbox"/></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</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>b. در سال گذشته هر چند وقت یکبار 6 یا بیشتر واحد در صورت زن بودن، یا 8 یا بیشتر واحد در صورت مرد بودن، در فقط یک مناسبت نوشیده‌اید؟</p> <p>هرگز <input type="checkbox"/></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</p>

<p> <input type="checkbox"/> کمتر از یکبار در ماه  <input type="checkbox"/> یکبار در ماه  <input type="checkbox"/> یکبار در هفته  <input type="checkbox"/> یکبار در روز یا تقریباً یکبار در روز </p>	<p> <input type="checkbox"/> Less than monthly  <input type="checkbox"/> Monthly  <input type="checkbox"/> Weekly  <input type="checkbox"/> Daily or almost daily </p>
<p> c. آیا هرگونه مواد مخدری مصرف می‌کنید که ممکن است برای سلامتیتان مضر باشد مثلاً حشیش، کوکائین، هروئین؟ </p> <p> هرگز <input type="checkbox"/>  من مصرف مواد مخدری را ترک کرده‌ام که ممکن است مضر باشد <input type="checkbox"/>  بله <input type="checkbox"/> </p>	<p> c. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin? </p> <p> <input type="checkbox"/> Never  <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful  <input type="checkbox"/> Yes </p>
<p> d. آیا سیگار می‌کشید؟ </p> <p> هرگز <input type="checkbox"/>  سیگار را ترک کرده‌ام <input type="checkbox"/>  بله <input type="checkbox"/> </p> <p> <input type="checkbox"/> سیگار  چند نخ در روز؟ _____  چند سال است که سیگار می‌کشید؟ _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> دخانیات </p> <p> می‌خواهید کمک کنید سیگار کشیدن را ترک کنید؟ </p> <p> بله <input type="checkbox"/>  خیر <input type="checkbox"/> </p>	<p> d. Do you smoke? </p> <p> <input type="checkbox"/> Never  <input type="checkbox"/> I have quit smoking  <input type="checkbox"/> Yes </p> <p> <input type="checkbox"/> Cigarettes  How many per day?  _____ </p> <p> How many years have you smoked for?  _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> Tobacco </p> <p> Would you like help to stop smoking?  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No </p>
<p> e. آیا تنباکو می‌جوید؟ </p> <p> هرگز <input type="checkbox"/>  من جویدن تنباکو را ترک کرده‌ام <input type="checkbox"/>  بله <input type="checkbox"/> </p>	<p> e. Do you chew tobacco? </p> <p> <input type="checkbox"/> Never  <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco  <input type="checkbox"/> Yes </p>
<p> بخش چهارم: واکسیناسیون </p>	<p> Section four: Vaccinations </p>
<p> 4.1 آیا تمام واکسیناسیون‌های دوران کودکی ارائه شده در کشور اصلی خود را دریافت کرده‌اید؟  اگر سابقه واکسیناسیون خود را دارید، لطفاً آن را در قرار ملاقات خود همراه داشته باشید. </p> <p> خیر <input type="checkbox"/>  بله <input type="checkbox"/> </p>	<p> 4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?  <b><i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></b> </p>

<input type="checkbox"/> نمی‌دانم	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know
<p>4.2 آیا در برابر سل (TB) واکسینه شده‌اید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی‌دانم	<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>4.3 آیا در برابر COVID-19 واکسینه شده‌اید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> 1 دوز <input type="checkbox"/> 2 دوز <input type="checkbox"/> 3 دوز <input type="checkbox"/> بیش از 3 دوز <input type="checkbox"/> نمی‌دانم	<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know
<p>بخش پنج: سوالات فقط برای بیماران زن</p>	<p>Section five: Questions for female patients only</p>
<p>5.1 آیا باردار هستید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ممکن است باردار باشم <input type="checkbox"/> بله <p>چند هفته باردار هستید؟ _____</p>	<p>5.1 Are you pregnant?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>
<p>5.2 آیا از پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <p>از چه روشی استفاده می‌کنید؟</p> <input type="checkbox"/> مانع پیشگیری از بارداری مثلاً کاندوم، ژل <input type="checkbox"/> قرص خوراکی ضد بارداری <input type="checkbox"/> سیم کوایل مسی/دستگاه داخل رحمی (IUD) <input type="checkbox"/> سیستم کوایل هورمونی/داخل رحمی (IUS) مثلاً میرنا <input type="checkbox"/> تزریق پیشگیری از بارداری <input type="checkbox"/> ایمپلنت پیشگیری از بارداری	<p>5.2 Do you use contraception?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <p>What method do you use?</p> <input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel <input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill <input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD) <input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena <input type="checkbox"/> Contraceptive injection <input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other

<p style="text-align: center;">سایر <input type="checkbox"/></p>	
<p>5.3 آیا به هرگونه پیشگیری از بارداری نیاز فوری دارید؟</p> <p style="text-align: right;">خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p>	<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>5.4 آیا تا کنون اسمیر گردن رحم یا آزمایش اسمیر داده‌اید؟ آزمایشی است برای بررسی سلامت دهانه رحم شما و کمک به جلوگیری از سرطان دهانه رحم.</p> <p style="text-align: right;">خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> می‌خواهم اطلاعات بیشتری به من داده شود <input type="checkbox"/></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 style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information</p>
<p>5.5 آیا تا به حال تحت هیستریکتومی (عمل برداشتن رحم و دهانه رحمتان) قرار گرفته‌اید؟</p> <p style="text-align: right;">خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p>	<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>5.6 به عنوان یک بیمار زن، آیا هرگونه موضوع خصوصی خاصی هست که بخواهید در قرار ملاقات بعدی خود با یک متخصص بهداشت به بحث بگذارید/مطرح کنید؟</p> <p style="text-align: right;">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 style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>اگر مطلبی هست که راحت نیستید آن را در این فرم به اشتراک بگذارید و می‌خواهید آن را با یک پزشک در میان بگذارید، لطفاً با پزشک عمومیتان تماس بگیرید و قرار ملاقاتی رزرو کنید.</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>