|  |  |
| --- | --- |
| English | Bengali **ইংরেজি** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | যুক্তরাজ্যে নতুন আগমন করা অভিবাসীদের জন্য নতুন রোগীর প্রশ্নমালা (New Patient Questionnaire) |
| 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.  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.  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.  Return your answers to your GP practice. | একজন GP-র সাথে নিবন্ধন করার অধিকার সকলেরই আছে। GP-র সাথে নিবন্ধন করার জন্য আপনার কোনো ঠিকানার প্রমাণ, অভিবাসনগত অবস্থা, আইডি বা NHS নম্বরের প্রয়োজন নেই।  এই প্রশ্নমালার মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করা হবে, যেন আপনার GP প্র্যাক্টিসে থাকা স্বাস্থ্য বিষয়ক পেশাজীবীগণ বুঝতে পারেন যে, ন্যাশনাল হেলথ সার্ভিস (National Health Service)-এর গোপনীয়তা ও তথ্য শেয়ার করার নীতিমালা অনুযায়ী আপনার কোন ধরনের সহায়তা, চিকিৎসা ও বিশেষজ্ঞ পরিষেবার প্রয়োজন হতে পারে।  আপনার সরাসরি সেবার উদ্দেশ্য ছাড়া আপনার কোনো তথ্য আপনার GP প্রকাশ করবে না, যদি না: আপনি সম্মতি দিয়ে থাকেন (যেমন, চিকিৎসা বিষয়ক গবেষণায় সহায়তা করতে); বা আইন অনুযায়ী তারা তা করতে বাধ্য থাকেন (যেমন, গুরুতর ক্ষতি থেকে অন্য লোকজনকে রক্ষা করতে); বা জরুরি জনস্বার্থ বিষয়ক কারণ থাকে (যেমন, আপনি কোনো সংক্রামক রোগে আক্রান্ত হয়ে থাকেন)। আপনার GP আপনার তথ্য কীভাবে ব্যবহার করবে সে সম্পর্কিত আরো তথ্য আপনার GP প্রেক্টিসের কাছে পাওয়া যাবে।  আপনার GP প্রেক্টিসের কাছে আপনার উত্তরগুলো ফেরত দিন। |
| Section one: Personal details | অনুচ্ছেদ এক: ব্যক্তিগত তথ্য |
| Full name: | পূর্ণ নাম: |
| Address: | ঠিকানা: |
| Telephone number: | টেলিফোন নম্বর: |
| Email address: | ইমেইল ঠিকানা: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **অনুগ্রহ করে সকল প্রশ্নের উত্তর দিন এবং আপনার জন্য প্রযোজ্য সকল প্রশ্নে টিক চিহ্ন দিন।** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1প্রশ্নমালাটি পূরণ করার তারিখ: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 নিম্নলিখিত কোন বিষয়টি আপনার সম্পর্কে সবচেয়ে ভালো বর্ণনা দেয়?  পুরুষ  মহিলা  অন্যান্য  উত্তর প্রদানে ইচ্ছুক নই |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 জন্মের সময় আপনার কি একই লিঙ্গ ছিল?  না  হ্যাঁ  উত্তর প্রদানে ইচ্ছুক নই |
| 1.4 Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. জন্ম তারিখ:  দিন\_\_\_\_\_\_ মাস \_\_\_\_\_\_\_ বছর \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 ধর্ম:  বৌদ্ধ  খ্রিস্টান  হিন্দু  ইহুদি  মুসলিম  শিখ  অন্যান্য ধর্ম  কোনো ধর্ম নেই |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 বৈবাহিক অবস্থা:  বিবাহিত/সিভিল পার্টনার  তালাকপ্রাপ্ত  বিধবা  উপরের কোনোটি নয় |
| * 1. Sexual Orientation:   Heterosexual (attracted to the opposite sex)  Homosexual (attracted to the same sex)  Bisexual (attracted to males and females)  Prefer not to say  Other | * 1. যৌন আসক্তি:   হেটারোসেক্সুয়াল (বিপরীত-লিঙ্গের প্রতি আকৃষ্ট হই)  হোমোসেক্সুয়াল (সম-লিঙ্গের প্রতি আকৃষ্ট হই)  বাইসেক্সুয়াল (নারী ও পুরুষের প্রতি আকৃষ্ট হই)  উত্তর প্রদানে ইচ্ছুক নই  অন্যান্য |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | * 1. প্রধান কথিত ভাষা:  |  |  | | --- | --- | | আলবেনিয়ান | রুশ | | আরবি | টাইগ্রিনিয়া | | দারি | ইউক্রেনিয়ান | | ইংরেজি | উর্দু | | পার্সিয়ান | ভিয়েতনামিজ | | অন্যান্য |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | * 1. দ্বিতীয় কথিত ভাষা:  |  |  | | --- | --- | | আলবেনিয়ান | রুশ | | আরবি | টাইগ্রিনিয়া | | দারি | ইউক্রেনিয়ান | | ইংরেজি | উর্দু | | পার্সিয়ান | ভিয়েতনামিজ | | অন্যান্য | কোনোটিই নয় | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | * 1. আপনার কি দোভাষীর প্রয়োজন আছে?   না  হ্যাঁ |
| * 1. 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.   Male  Female  I don’t mind | * 1. আপনি কি নারী দোভাষী না কি পুরুষ দোভাষী পেতে ইচ্ছুক? অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, দোভাষী পাওয়ার অর্থ এমন নয় যে সবসময় আপনার পছন্দের দোভাষী পাওয়া সম্ভব হবে।   পুরুষ  মহিলা  আমার আলাদা পছন্দ নেই |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 আপনি কি আপনার নিজের ভাষা পড়তে সক্ষম?  না  হ্যাঁ  পড়ার ক্ষেত্রে আমার সমস্যা হয় |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13আপনি কি আপনার নিজের ভাষা লিখতে সক্ষম?  না  হ্যাঁ  লেখার ক্ষেত্রে আমার সমস্যা হয় |
| 1.14 Do you need sign language support?  No  Yes | * 1. আপনার কি ইশারা ভাষায় সহায়তা প্রয়োজন?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:  |  |  | | --- | --- | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Next of kin | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Emergency contact (if different) | | * 1. জরুরি পরিস্থিতিতে যোগাযোগ করা যাবে এমন কোনো আত্মীয় এবং/অথবা অন্য কারো সাথে যোগাযোগের তথ্য দিন:  |  |  | | --- | --- | | নাম:  যোগাযোগের জন্য টেলিফোন নম্বর:  ঠিকানা: | নিকটাত্মীয় | | নাম:  যোগাযোগের জন্য টেলিফোন নম্বর:  ঠিকানা: | জরুরি পরিস্থিতিতে যোগাযোগের নম্বর (ভিন্ন হলে) | |
| Section two: Health questions | অনুচ্ছেদ দুই: স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্ন |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | * 1. আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ বোধ করছেন?   না  হ্যাঁ |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | আপনার স্বাস্থ্য সমস্যার কারণে আপনার কি জরুরি সহায়তার প্রয়োজন আছে?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply*   Weight loss  Cough  Coughing up blood  Night sweats  Extreme tiredness  Breathing problems  Fevers  Diarrhoea  Skin complaints or rashes  Blood in your urine  Blood in your stool  Headache  Pain  Low mood  Anxiety  Distressing flashbacks or nightmares  Difficulty sleeping  Feeling like you can’t control your thoughts or actions  Feeling that you want to harm yourself or give up on life  Other | * 1. বর্তমানে আপনার কি নিচের কোনো উপসর্গ আছে? *প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন*   ওজন কমে যাওয়া  কাশি  কাশিতে রক্ত  রাতে ঘাম হওয়া  অত্যধিক ক্লান্তি  শ্বাসপ্রশ্বাস জনিত সমস্যা  জ্বর  ডায়রিয়া  ত্বকের সমস্যা বা ফুসকুড়ি  প্রশ্রাবের সাথে রক্ত যাওয়া  মলের সাথে রক্ত যাওয়া  মাথা ব্যথা  ব্যাথা  মেজাজ খারাপ  উদ্বেগ  যন্ত্রণাদায়ক অতীত বা দুঃস্বপ্ন  ঘুমের অসুবিধা  নিজের চিন্তাভাবনা বা কাজকর্ম নিয়ন্ত্রণ করতে পারেন না এমন অনুভূতি  নিজের ক্ষতি করা বা আত্মহত্যা করতে চাওয়ার অনুভূতি  অন্যান্য |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | * 1. আপনি আপনার শরীরের কোথায় সমস্যা বোধ করছেন অনুগ্রহ করে ছবিতে তা চিহ্নিত করুন |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5আপনার কি এমন কোনো শারীরিক সমস্যা চলছে যা আপনি জানেন?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply   Arthritis  Asthma  Blood disorder  Sickle cell anaemia  Thalassaemia  Cancer  Dental problems  Diabetes  Epilepsy  Eye problems  Heart problems  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV or AIDS  High blood pressure  Kidney problems  Liver problems  Long-term lung problem/breathing difficulties  Mental health problems  Low mood/depression  Anxiety  Post-traumatic stress disorder (PTSD)  Previously self-harmed  Attempted suicide  Other  Osteoporosis  Skin disease  Stroke  Thyroid disease  Tuberculosis (TB)  Other | 2.6আপনার কি নিচের কোনো সমস্যা আছে বা অতীতে কখনো ছিল? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন  আর্থ্রাইটিস  হাঁপানি  রক্তে অস্বাভাবিক অবস্থা  সিকল সেল অ্যানেমিয়া  থ্যালাসেমিয়া  ক্যান্সার  দাঁতের সমস্যা  ডায়াবেটিস  মৃগী রোগ  চোখের সমস্যা  হৃদযন্ত্রের সমস্যা  হেপাটাইটিস বি  হেপাটাইটিস সি  এইচআইভি বা এইডস  উচ্চ রক্তচাপ  কিডনির সমস্যা  যকৃৎ বা লিভারে সমস্যা  দীর্ঘ-মেয়াদী ফুসফুসের সমস্যা/শ্বাসপ্রশ্বাসে সমস্যা  মানসিক স্বাস্থ্যজনিত সমস্যা  মেজাজ খারাপ/বিষণ্ণতা  উদ্বেগ  আঘাত-পরবর্তী মানসিক চাপজনিত অসুস্থতা (PTSD)  অতীতে নিজের ক্ষতি করা হয়েছে  আত্মহত্যার চেষ্টা করা হয়েছে  অন্যান্য  অস্টিওপরোসিস  ত্বকের রোগ  স্ট্রোক  থাইরয়েডের সমস্যা  যক্ষ্মা (TB)  অন্যান্য |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7আপনার কি কখনো অপারেশন / অস্ত্রোপচার হয়েছিল?  না  হ্যাঁ |
| * 1. If you have had an operation / surgery, how long ago was this?   In the last 12 months  1 – 3 years ago  Over 3 years ago | 2.8আপনার যদি অপারেশন / অস্ত্রোপচার হয়ে থাকে, তবে এটি কত সময় আগে হয়েছিল?  গত 12 মাসে  1 – 3 বছর পূর্বে  3 বছর পূর্বে |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9যুদ্ধ, সংঘাত বা অত্যাচারের কারণে আপনার কি কোনো শারীরিক আঘাত আছে?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10আপনার কি কোনো মানসিক স্বাস্থ্যজনিত সমস্যা আছে? এটি হতে পারে যুদ্ধ, সংঘাত, অত্যাচার থেকে বা দেশ থেকে জোর করে পালাতে বাধ্য করার মাধ্যমে?  না  হ্যাঁ |
| * 1. 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   Cancer  Diabetes  Depression/Mental health illness  Heart attack  High blood pressure  Stroke  Other | 2.11স্বাস্থ্য সম্পর্কিত কিছু সমস্যা পরিবারের মধ্যে হতে পারে। আপনার পরিবারের কোনো সদস্য (বাবা, মা, সহোদর ভাইবোন ও দাদা-দাদী) কি নিচের কোনো সমস্যায় ভুগছেন বা ভুগেছেন? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন  ক্যান্সার  ডায়াবেটিস  বিষণ্ণতা/মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অসুস্থতা  হার্ট অ্যাটাক  উচ্চ রক্তচাপ  স্ট্রোক  অন্যান্য |
| * 1. Are you on any prescribed medicines?   No  Yes *–please list your prescribed medicines and doses in the box below*  ***Please bring any prescriptions or medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.12আপনি কি ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী কোনো ঔষধপত্র সেবন করেন?  না  হ্যাঁ *–অনুগ্রহ করে* *আপনার ব্যবস্থাপত্রের ঔষধপত্র ও ডোজ নিচের বাক্সে লিখুন*  ***সাক্ষাতের সময় অনুগ্রহ করে আপনার কোনো ব্যবস্থাপত্র বা ঔষধপত্র সাথে নিয়ে আসুন***   |  |  | | --- | --- | | *নাম* | *ডোজ* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13পরবর্তী কয়েক সপ্তাহে এই ঔষধপত্রের কোনোটি শেষ হয়ে যাওয়ার ব্যাপারে আপনি কি উদ্বিগ্ন?  না  হ্যাঁ |
| * 1. 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?   No  Yes *–please list medicines and doses in the box below*  ***Please bring any medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.14আপনি কি এমন কোনো ঔষধ সেবন করেন যা কোনো স্বাস্থ্য বিষয়ক পেশাজীবী সুপারিশ করেননি, যেমন, কোনো ফার্মেসি/দোকান/ইন্টারনেট থেকে ক্রয় করেছেন বা বিদেশ থেকে সরবরাহ করা হয়েছে?  না  হ্যাঁ *–অনুগ্রহ করে ঔষধপত্র ও ডোজ নিচের বাক্সে লিখুন*  ***সাক্ষাতের সময় অনুগ্রহ করে আপনার কোনো ঔষধপত্র সাথে নিয়ে আসুন***   |  |  | | --- | --- | | *নাম* | *ডোজ* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15আপনার কি কোনো ঔষধে অ্যালার্জি আছে?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16অন্য কিছুতে কি আপনার অ্যালার্জি আছে? (যেমন, খাবার, পোকামাকড়ের হুল, রাবারের গ্লাভস)?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17আপনার কি কোনো শারীরিক প্রতিবন্ধীত্ব বা চলাফেরায় সমস্যা আছে?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply*   No  Blindness  Partial sight loss  Full hearing loss  Partial hearing loss  Smell and/or taste problems | 2.18আপনার কি ইন্দ্রিয়জনিত কোনো সমস্যা আছে? *প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন*  না  অন্ধত্ব  দৃষ্টিশক্তি আংশিকভাবে নষ্ট হওয়া  সম্পূর্ণভাবে বধির হওয়া  শ্রবণশক্তি আংশিকভাবে নষ্ট হওয়া  গন্ধ এবং/অথবা স্বাদে সমস্যা |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19শেখার ব্যাপারে আপনার কি কোনো সমস্যা আছে?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20স্বাস্থ্যকর্মীর সাথে আপনার পরবর্তী সাক্ষাতে আপনি কি কোনো বিশেষ ব্যক্তিগত বিষয় আলোচনা করতে/উত্থাপন করতে ইচ্ছুক?  না  হ্যাঁ |
| Section three: Lifestyle questions | অনুচ্ছেদ তিন: জীবনধারা সম্পর্কিত প্রশ্ন |
| * 1. How often do you drink alcohol?   Never  Monthly or less  2-4 times per month  2-3 times per week  4 or more times per week  *There is* ***1 unit*** *of alcohol in:*    *½ pint glass of beer*    *1 small glass of wine*     1. *single measure of spirits* | 3.1আপনি কত ঘন ঘন অ্যালকোহল পান করেন?  কখনোই না  মাসে একবার বা তার কম  মাসে 2-4 বার  সপ্তাহে 2-3 বার  সপ্তাহে 4 বার বা তার বেশি  *এতে* ***1 ইউনিট*** *অ্যালকোহল আছে:*    *বিয়ারের ½ পাইন্ট গ্লাসে*    *ওয়াইনের 1টি ছোট গ্লাসে*    *স্পিরিটের 1টি একক পরিমাপে* |
| * 1. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 or more | 3.2যেদিন আপনি মদ্যপান করেন সেদিন আপনি কত ইউনিট অ্যালকোহল পান করেন?  0-2  3-4  5-6  7-9  10 বার বা তার বেশি |
| * 1. 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?   Never  Less than monthly  Monthly  Weekly  Daily or almost daily | 3.3বছরে কোনো একবার আপনি কত ঘন ঘন 6 বা তার বেশি ইউনিট (নারী হলে) বা 8 বা তার বেশি ইউনিট (পুরুষ হলে) পান করেছেন?  কখনোই না  মাসে একবারেরও কম  মাসে একবার  সপ্তাহে একবার  প্রতিদিন বা প্রায় প্রতিদিন |
| * 1. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?   Never  I have quit taking drugs that might be harmful  Yes | 3.4আপনি কি এমন কোনো মাদক গ্রহণ করেন যা আপনার স্বাস্থ্যের জন্য ক্ষতিকর , যেমন ভাং, কোকেন, হেরোইন?  কখনোই না  ক্ষতি হতে পারে এমন মাদক গ্রহণ আমি ছেড়ে দিয়েছি  হ্যাঁ |
| * 1. Do you smoke?   Never  I have quit smoking  Yes  Cigarettes  How many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  How many years have you smoked for? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tobacco    Would you like help to stop smoking?  Yes  No | 3.5আপনি কি ধূমপান করেন?  কখনোই না  আমি ধূমপান ছেড়ে দিয়েছি  হ্যাঁ  সিগারেট  প্রতিদিন কয়টি? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  আপনি কত বছর ধূমপান করেছেন? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  তামাক    ধূমপান ছাড়ার জন্য আপনি কি সাহায্য পেতে চান?  হ্যাঁ  না |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6আপনি কি তামাক চিবিয়ে থাকেন?  কখনোই না  আমি তামাক চিবানো ছেড়ে দিয়েছি  হ্যাঁ |
| Section four: Vaccinations | অনুচ্ছেদ চার: টিকা গ্রহণ |
| * 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.***  No  Yes  I don’t know | 4.1আপনি যে দেশে জন্মগ্রহণ করেছেন সেখানে শিশুদের জন্য প্রদত্ত সকল টিকা কি গ্রহণ করেছেন?  ***যদি টিকা গ্রহণের কোনো রেকর্ড আপনার কাছে থাকে তবে সাক্ষাতের সময় অনুগ্রহ করে তা সাথে নিয়ে আসবেন।***  না  হ্যাঁ  আমি জানি না |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2আপনাকে কি যক্ষ্মার (TB) টিকা দেওয়া হয়েছিল?  না  হ্যাঁ  আমি জানি না |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3আপনাকে কি কোভিড-19-এর টিকা দেওয়া হয়েছিল?  না  হ্যাঁ  1 ডোজ  2 ডোজ  3 ডোজ  3 ডোজের বেশি  আমি জানি না |
| Section five: Questions for female patients only | অনুচ্ছেদ পাঁচ: শুধুমাত্র নারী রোগীদের জন্য |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1আপনি কি গর্ভবতী?  না  আমি গর্ভবতী হয়ে থাকতে পারি  হ্যাঁ  আপনি কত সপ্তাহের গর্ভবতী?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Do you use contraception?   No  Yes  What method do you use?  Barrier contraception *e.g. condoms, gel*  Oral contraceptive pill  Copper Coil/Intrauterine device (IUD)  Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*  Contraceptive injection  Contraceptive implant  Other | 5.2আপনি কি গর্ভনিরোধক ব্যবহার করেন?  না  হ্যাঁ  আপনি কোন পদ্ধতি ব্যবহার করেন?  প্রতিবন্ধক গর্ভনিরোধক *যেমন, কনডম, জেল*  মুখে সেবনের গর্ভনিরোধক পিল  কপার কয়েল/ইন্ট্রাইউটেরাইন ডিভাইস (IUD)  হরমোনাল কয়েল/ইন্ট্রাইউটেরাইন সিস্টেম (IUS) *যেমন, মিরেনা*  গর্ভনিরোধক ইনজেকশন  গর্ভনিরোধক ইমপ্লান্ট  অন্যান্য |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3আপনার কি কোনো জরুরি গর্ভনিরোধকের প্রয়োজন আছে?  না  হ্যাঁ |
| * 1. 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.   No  Yes  I would like to be given more information | 5.4আপনার কি কখনো সার্ভিক্যাল স্মিয়ার বা স্মিয়ার পরীক্ষা হয়েছিল? এটি আপনার গর্ভাশয়ের স্বাস্থ্য পরীক্ষার টেস্ট এবং তা গর্ভাশয়ের ক্যান্সার প্রতিরোধে সাহায্য করে।  না  হ্যাঁ  আমি আরো তথ্য পেতে চাই |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | * 1. আপনার কি হিসটেরেক্টোমি (আপনার জরায়ু ও গর্ভাশয় অপসারণের অস্ত্রোপচার) হয়েছিল?   না  হ্যাঁ |
| * 1. As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 5.6একজন নারী রোগী হিসেবে, স্বাস্থ্যকর্মীর সাথে আপনার পরবর্তী সাক্ষাতে আপনি কি কোনো বিশেষ ব্যক্তিগত বিষয় আলোচনা করতে/উত্থাপন করতে ইচ্ছুক?  না  হ্যাঁ |
| 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. | এই ফর্মে আপনি শেয়ার করতে স্বচ্ছন্দ বোধ করেন না এবং আপনি কোনো ডাক্তারের সাথে আলোচনা করতে ইচ্ছুক এমন কোনো বিষয় যদি থাকে, তবে আপনার GP-কে কল করুন এবং একটি অ্যাপয়েন্টমেন্ট বুক করে নিন। |