|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **پنجابی Punjabi** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | UK وچ داخل ہون آلے نویں تارکینِ وطن لئی مریض دا نواں سوالناواں |
| 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. | *ہر شخص* GP *وچ رجسٹر ہون دا حق رکھدا اے۔ تہانوں* GP *وچ رجسٹر ہون لئی پتے، امیگریشن اسٹیٹس،* ID *یا کسے* NHS *نمبر دا ثبوت دین دی لوڑ نئیں اے۔*  ایہہ سوالناواں تہاڈی 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 تہانوں کیہڑی معاونت، علاج اتے مخصوص خدمتاں دی لوڑ ہو سکدی اے۔  *تہاڈی GP تہاڈی براہ راست نگہداشت دے مقصداں توں علاوہ کسے مقصد لئی تہاڈی دتی گئی جانکاری نوں سانجھا نئیں کرے گی ماسوائے: تسی رضامندی دتی ہووے (جیویں طبی تحقیق دی معاونت لئی)؛ یا اوہناں نوں قنون دے تحت ایداں کرن دی لوڑ ہووے (جیویں دوجے لوکاں نوں شدید خطرے توں بچانا ہووے)؛ یا مفاد عامہ لئی انتہائی اہم ہووے (جیویں تسی کسے متعدی بماری وچ مبتلا او)۔ تہاڈی GP تہاڈی جانکاری نوں کیداں ورتے گی، ایس بارے ہور جانکاری تہاڈی GP پریکٹس تے موجود اے*۔  اپنے جواباں نوں اپنی GP پریکٹس نوں واپس بھیجو۔ |
| Section one: Personal details | پہلا حصہ: ذاتی تفصیلاں |
| Full name: | مکمل ناں: |
| Address: | پتہ: |
| Telephone number: | ٹیلیفون نمبر: |
| Email address: | ای میل ایڈریس: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **میربانی کر کے سارے سوال مکمل کرو اتے اونہاں سارے جواباں تے نشان لاؤ جیناں دا تہاڈے تے اطلاق ہوندا اے۔** |
| * 1. Date questionnaire completed: | * 1. سوالناواں مکمل کرن دی تریخ: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 کیہڑی جنس نال تہاڈی بہترین نمائندگی ہوندی اے؟  بندہ  زنانی  کوئی ہور  نہ دسنا ترجیح اے |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 کیہ ایہہ اوہی جنس اے جیہڑی تہاڈی پیدائش ویلے سی؟  جی نئیں  جی ہاں  نہ دسنا ترجیح اے |
| Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year | تریخ پیدائش:  تریخ\_\_\_\_\_\_ مہینہ \_\_\_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 مذہب:  بدھ مت  عیسائی  ہندو  یہودی  مسلمان  سِکھ  ہور مذہب  کوئی مذہب نئیں |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 ازدواجی حیثیت:  شادی شدہ/سِول پارٹنر  طلاق یافتہ  بیوہ / رنڈوا  اوتے ذکر کیتیاں وچوں کوئی نئیں |

|  |  |
| --- | --- |
| * 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 | 1.7 جنسی رجحان:  دگر جنسی (مخالف جنس ول راغب ہونا)  ہم جنسی (اپنے ورگی جنس ول راغب ہونا)  دو جنسی (بندیاں اتے زنانیاں دوناں ول راغب ہونا)  نہ دسنا ترجیح اے  کوئی ہور |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8 بول چال دی مڈھلی بولی:   |  |  | | --- | --- | | روسی | البانی | | تیگرینیا | عربی | | یوکرینی | دری | | اردو | انگریزی | | ویتنامی | فارسی | |  | کوئی ہور | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.9 بول چال دی دوجی بولی:   |  |  | | --- | --- | | روسی | البانی | | تیگرینیا | عربی | | یوکرینی | دری | | اردو | انگریزی | | ویتنامی | فارسی | | کوئی نئیں | کوئی ہور | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10 کیہ تہانوں مترجم دی لوڑ اے؟  جی نئیں  جی ہاں |
| * 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. کیہ تسی مرد یا زنانی مترجم وچوں کسے نُوں ترجیح دیو گے؟ میربانی کر کے آگاہ رہو کہ مترجم دی دستیابی دا ایہہ مطلب ہو سکدا اے کہ ممکن اے کہ ہمیشہ تہاڈی ترجیح نوں پورا نہ کیتا جا سکے۔   بندہ  زنانی  مینوں کوئی اعتراض نئیں |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 کیہ تسی اپنی بولی وچ پڑھ سکدے او؟  جی نئیں  جی ہاں  مینوں پڑھن وچ مشکل ہوندی اے |

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13 کیہ تسی اپنی بولی وچ لکھ سکدے او؟  جی نئیں  جی ہاں  مینوں لکھن وچ مشکل ہوندی اے |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14 کیہ تہانوں اشاریاں دی بولی وچ معاونت دی لوڑ اے؟  جی نئیں  جی ہاں |
| 1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency: | 1.15 میربانی کر کے اپنے ٹبر دے شخص اتے/یا ایداں دے شخص دیاں تفصیلاں دیو جنہاں نال اسی کسے ہنگامی صورتحال وچ رابطہ کر سکیے: |
| |  |  | | --- | --- | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Next of kin | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Emergency contact (if different) | | |  |  | | --- | --- | | قریبی عزیز | ناں:  رابطے لئی ٹیلیفون نمبر:  پتہ: | | ہنگامی رابطہ (جے ہور ہووے) | ناں:  رابطے لئی ٹیلیفون نمبر:  پتہ: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Section two: Health questions | دوجا حصہ: صحت توں متعلق سوالات |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1 کیہ ایس ویلے تہاڈی طبیعت خراب اے یا تسی بمار او؟  جی نئیں  جی ہاں |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.3 کیہ تہانوں صحت دے رولے دے کارن توں چھیتی مدد دی لوڑ اے؟  جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | 2.3 کیہ موجودہ طور تے تہاڈے وچ تھلے دتیاں وچوں کوئی علامتاں پائیاں جاندیاں نیں؟ *میربانی کر کے سارے قابل اطلاق تے نشان لاؤ*  بھار وچ گھاٹا  کھنگ  کھنگ وچ لہو آونا  سوتے ہوئے مُڑکا آونا  شدید تھکاوٹ  ساہ لین وچ اوکڑاں  تاپ  دست  جلدی مرضاں یا دھپڑ  تہاڈے پیشاب وچ لہو آونا  تہاڈے پاخانے وچ لہو آونا  سر دی پیڑ  تکلیف  افسردگی  اضطراب  پریشان کرن آلیاں یاداں یا ڈراؤنے سپنے  سون وچ اوکڑاں  ایداں محسوس ہونا جیداں تسی اپنے خیالاں یا کماں تے قابو پان توں قاصر او  ایداں محسوس ہونا جیداں تسی خود نوں نقصان پہنچانا چاہندے او یا حیاتی توں بیزار او  کوئی ہور |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4 میربانی کر کے جثے دی تصویر تے اوس حصے (حصاں) تے نشان لاؤ جتھے موجودہ طور تے صحت دے رولے (رولیاں) دا شکار او |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5 کیہ تہانوں صحت دے کوئی معلوم رولے لاحق نیں جیہڑے اجے وی ہون؟  جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | 2.6 کیہ تہانوں تھلے دتیاں بماریاں وچوں کوئی لاحق اے یا رہی سی؟ میربانی کر کے ساریاں قابل اطلاق تے نشان لاؤ  آرتھرائٹس  دمہ  لہو دا مرض  لہو دے رتے خلیاں دی شکل دا مرض  تھیلیسیمیا  کینسر  دنداں دے رولے  شوگر  مرگی  اکھاں دے رولے  دل دیاں مرضاں  ہیپاٹائٹس B  ہیپاٹائٹس C  HIV یا AIDS  ودھ بلڈ پریشر  گردیاں دے رولے  جگر دے رولے  پھیپھڑیاں دے لمبے ویلے آلے رولے/ساں لین وچ اوکڑاں  ذہنی صحت دے رولے  افسردگی/ڈپریشن  اضطراب  صدمے توں بعد دے تناؤ دا مرض (Post-traumatic stress disorder, PTSD)  ماضی وچ خود نوں نقصان پہنچایا  خودکشی دی کوشش کیتی  کوئی ہور  آسٹیو پوروسز (ہڈیاں دی بوسیدگی)  جلدی مرضاں  فالج  تھائی رائیڈ دی بماری  تپ دق (TB)  کوئی ہور |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7 کیہ تہاڈا کدی وی کوئی آپریشن ہویا / کوئی سرجری ہوئی؟  جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | 2.8 جے تہاڈا آپریشن / سرجری ہوئی دی اے تاں اوہنوں کِنا ویلا ہو گیا اے؟  پچھلے 12 مہنیاں وچ  1 – 3 سال پہلاں  3 سال توں ودھ ویلے پہلاں |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9 کیہ تہانوں جنگ، لڑائی یا تشدد دے نتیجے توں کسے جسمانی چوٹ دا سامنا کرنا پیا اے؟  جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10 کیہ تہانوں ذہنی صحت دے کوئی رولے لاحق نیں؟ ایہہ کسے جنگ، لڑائی، تشدد یا زبردستی ملک بدری دے نتیجے توں ہو سکدے نیں؟  جی نئیں  جی ہاں |

|  |  |
| --- | --- |
| * 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 | 2.11 کجھ طبی رولے نسل در نسل چلدے نیں۔ کیہ تہاڈے ٹبر وچوں کوئی شخص (پیو، ماں، بھین بھرا اتے دادا/دادی) تھلے دتیاں وچوں کسے وچ مبتلا رہیا سی/رہی سی یا رہیا/رہی اے؟ میربانی کر کے سارے قابل اطلاق تے نشان لاؤ  کینسر  شوگر  ڈپریشن/ذہنی صحت دا مرض  دل دا دورہ  ودھ بلڈ پریشر  فالج  کوئی ہور |
| * 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* | |  |  | | 2.12 کیہ تسی نسخہ جاتی دوائیاں ورت رہے او؟  جی نئیں  جی ہاں *– میربانی کر کے اوہناں دوائیاں اتے خوراکاں نوں تھلے دتے گئے خانے وچ درج کرو، جیہڑیاں* *تہاڈے لئی تجویز کتییاں گئیاں نیں*  ***میربانی کر کے اپنی اپائنٹمنٹ تے کسے وی قسم دے نسخے یا دوائیاں نال لے کے آؤ***   |  |  | | --- | --- | | *خوراک* | *ناں* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13 کیہ تسی اگلے کجھ ہفتیاں وچ اوہناں دوائیاں دے مک جان بارے پریشان او؟  جی نئیں  جی ہاں |
| * 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* | |  |  | | 2.14 کیہ تسی کوئی ایداں دیاں دوائیاں لیندے او جیہڑیاں صحت دے ماہر ولوں تجویز کیتیاں نئیں نیں جیویں اوہ دوائیاں جیہڑیاں تسی فارمیسی/دکان/انٹرنیٹ یا باہرلے ملک توں منگوائیاں ہون؟  جی نئیں  جی ہاں *– میربانی کر کے اوہ دوائیاں اتے خوراکاں تھلے دتے گئے خانے وچ درج کرو*  ***میربانی کر کے اپنی اپائنٹمنٹ تے کسے وی قسم دیاں دوائیاں نال لے کے آؤ***   |  |  | | --- | --- | | *خوراک* | *ناں* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15 کیہ تہانوں کسے دوائی توں الرجی اے؟  جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | * 1. کیہ تہانوں کسے ہور شے توں الرجی اے؟ (جیویں کسے خوراک، کیڑے مکوڑے دے کٹن توں، لیٹیکس دستانیاں توں)؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17 کیہ تہانوں کوئی جسمانی معذوری اے یا ٹرن پھرن وچ اوکڑاں دا سامنا اے؟  جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | 2.18 کیہ تسی کسے حِسی خرابی وچ مبتلا او؟ *میربانی کر کے ساری قابل اطلاق تے نشان لاؤ*  جی نئیں  نابینا پن  نظر دی جزوی خرابی  مکمل بولا پن  جزوی طور تے گھٹ سننا  سُنگھن اتے/یا چکھن دے رولے |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19 کیہ تسی سکھن دی معذوری دا شکار او؟  جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20 کیہ کوئی ایداں دا مخصوص ذاتی رولا اے جیدے پاروں تسی نگہداشتِ صحت دے ماہر نال اگلی اپائنٹمنٹ تے تبادلہ خیال کرنا چاہندے او/اوہناں نوں ظاہر کرنا چاہندے او؟  جی نئیں  جی ہاں |
| Section three: Lifestyle questions | تیجا حصہ: رہن سہن توں متعلق سوالات |
| * 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* | 3.1 تسی کِنی وار الکحل پیندے او؟  کدی وی نئیں  مہینے وچ یا اوس توں گھٹ  مہینے وچ 2-4 وار  اک ہفتے وچ 2-3 وار  اک ہفتے وچ 4 یا ودھ وار  *تھلے الکحل دا* ***1 یونٹ*** *موجود اے:*    *بیئر دا ½ پِنٹ گلاس*    *وائن دا 1 چھوٹا گلاس*    *اسپرٹس دا 1 اکو پیمانہ* |
| * 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 | * 1. جب تسی الکحل پی رہے او تاں معمول دے مطابق دن وچ تسی اوہدے کنِے یونٹس پیندے او؟   0-2  3-4  5-6  7-9  10 یا ودھ |
| 3.3 How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?  Never  Less than monthly  Monthly  Weekly  Daily or almost daily | 3.3 پچھلے سال اک ای موقع تے تسی کنِی وار، جے زنانی او تاں 6 یا ودھ یونٹ پیتے، یا بندہ ہون دی صورت وچ 8 یا ودھ یونٹ پیتے؟  کدی وی نئیں  مہینے توں گھٹ  مہینے وچ  ہفتہ وار  ہر دن یا تقریباً روزانہ |
| * 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 | * 1. کیہ تسی ایداں دیاں نشہ آور شیواں ورتدے او جیہڑیاں صحت لئی نقصان دہ ہون جیویں بھنگ، کوکین، افیون؟   کدی وی نئیں  میں ایداں دی نشہ آور شیواں نوں ورتنا چھڈ دتا اے جیہڑیاں نقصان دہ ہو سکدیاں نیں  جی ہاں |
| 3.5 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 | * 1. کیہ تسی سیگٹ پیندے او؟   کدی وی نئیں  میں سیگٹ پینا چھڈ دتی اے  جی ہاں  سیگٹاں  دن وچ کنِی وار؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  تسی کنِے سالاں توں سیگٹ پی رہے او؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_  تمباکو    کیہ تسی سیگٹ پین توں چھٹکارے لئی مدد چاہندے او؟  جی ہاں  جی نئیں |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6 کیہ تسی تمباکو چباندے او؟  کدی وی نئیں  میں تمباکو چبانا چھڈ دتا اے  جی ہاں |
| Section four: Vaccinations | چھوتھا حصہ: ویکسینیشنز |
| * 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 | * 1. کیہ تہانوں اپنے آبائی ملک وچ بچپن دے سارے حفاظتی ٹیکے لوائے گئے سی؟   ***جے تہاڈے کول اپنے حفاظتی ٹیکیاں دا ریکارڈ موجود اے تاں میربانی کر کے اپنی اپائنٹمنٹ تے اوہناں نوں نال لے کے آؤ۔***  جی نئیں  جی ہاں  مینوں معلوم نئیں |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | * 1. کیہ تہانوں تپ دق (TB) دا ٹیکہ لگ چُکیا اے؟   جی نئیں  جی ہاں  مینوں معلوم نئیں |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | * 1. کیہ تہانوں COVID-19 دا ٹیکہ لگ چُکیا اے؟   جی نئیں  جی ہاں  1 خوراک  2 خوراکاں  3 خوراکاں  3 تُوں ودھ خوراکاں  مینوں معلوم نئیں |
| Section five: Questions for female patients only | پنجواں حصہ: صرف خاتون مریضاں لئی سوال |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. کیہ تسی حاملہ او؟   جی نئیں  میں حاملہ ہو سکدی آں؟  جی ہاں  تسی کنِے ہفتیاں دی حاملہ او؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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 | * 1. کیہ تسی مانع حمل دوائیاں ورتدے او؟   جی نئیں  جی ہاں  تسی کیہڑا طریقہ ورتدے او؟  رکاوٹی مانع حمل *مثلا کنڈومز، جیل*  منہ راہیں لئی جاون آلی مانع حمل گولیاں  کاپر کوائل/انٹرا یوٹرائن ڈیوائس (Intrauterine device, IUD)  ہارمونل کوائل/انٹرا یوٹرائن سسٹم (Intrauterine System, IUS) *جیویں میرینا (Mirena)*  مانع حمل انجیکشن  مانع حمل امپلانٹ  کوئی ہور |

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | * 1. کیہ تہانوں چھیتی نال کسے مانع حمل دی لوڑ اے؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیہ تسی کدی وی سرویکل سمیئر یا کوئی سمیئر ٹیسٹ کروایا اے؟ ایہہ تہاڈے سروکس دی صحت دا معائنہ کرن دا ٹیسٹ اے اتے تہانوں سرویکل کینسر توں بچن وچ مدد دیندا اے۔   جی نئیں  جی ہاں  میں ہور جانکاری جاننا چاہندی آں |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈی ہسٹیریکٹومی کیتی گئی اے (یعنی تہاڈی بچہ دانی اتے سروکس نوں کڈن دا آپریشن کیتا گیا اے)؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. اک زنانی مریض دے طور تے کیہ کوئی ایداں مخصوص ذاتی رولا اے جیدے تے تسی اپنی اگلی اپائنٹمنٹ تے نگہداشتِ صحت دے/دی ماہر نال تبادلہ خیال کرنا/یا اوہناں نوں ظاہر کرنا چاہندے او؟   جی نئیں  جی ہاں |
| 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. | جے کوئی ایداں دی گل اے جیہڑی تسی ایس فارم وچ سانجھی کرن تے جھجھک محسوس کردے او اتے تسی اوہنوں ڈاکٹر نال سانجھا کرنا چاہندے او، تاں میربانی کر کے اپنی GP نوں کال کرو اتے اپائنٹمنٹ طے کرواؤ۔ |