|  |  |
| --- | --- |
| English | **Tamil** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | புதிதாக இங்கிலாந்தில் குடிபெயர்ந்தவர்களுக்கான புதிய நோயாளி கேள்வித்தொகுப்பு |
| 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. | ஒரு GP (பொது மருத்துவர்) உடன் பதிவு செய்ய அனைவருக்கும் உரிமை உண்டு. GP உடன் பதிவு செய்வதற்கு முகவரிச் சான்று, குடியுரிமை நிலை, ID அல்லது NHS எண் எதுவும் தேவையில்லை.  தேசிய சுகாதார சேவையின் ரகசியத்தன்மை மற்றும் தகவல் பரிமாறும் கொள்கைகளுக்கு இணங்க, உங்களுக்கு என்ன வகையான ஆதரவு, சிகிச்சை மற்றும் நிபுணத்துவ சேவைகள் தேவை என்பதை உங்கள் GP அலுவலகத்தில் உள்ள சுகாதார வல்லுநர்கள் புரிந்துகொள்வதற்கான தகவல்களை இந்தக் கேள்வித்தொகுப்பு சேகரிக்கின்றது.  கீழ்க்கண்டவை ஏற்படும் நிலையைத் தவிர உங்களுக்கு நேரடி பராமரிப்பை வழங்குவதற்கு அல்லாது வேறு எந்தக் காரணத்திற்கும் நீங்கள் வழங்கும் தகவலை உங்கள் GP வெளியே விடமாட்டார்: நீங்கள் ஒப்புதல் அளித்திருந்தால் (உதாரணமாக மருத்துவ ஆய்விற்கு ஆதரவளிக்க); அல்லது சட்டப்படி தேவைப்பட்டால் (உதாரணமாக பிறருக்குத் தீங்கு ஏற்படுவதைத் தவிர்க்க); அல்லது பொதுமக்கள் நலனை மீறும் காரணம் இருந்தால் (உதாரணமாக நீங்கள் பரவக்கூடிய நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால்). உங்கள் தகவலை உங்கள் GP எவ்வாறு பயன்படுத்துவார் என்பது பற்றிய மேலும் தகவல்கள் உங்கள் GP அலுவலகத்தில் கிடைக்கும்.  உங்கள் பதில்களை உங்கள் GP அலுவலகத்தில் திருப்பித்தரவும். |
| Section one: Personal details | பிரிவு ஒன்று: தனிப்பட்ட தகவல்கள் |
| Full name: | முழுப்பெயர்: |
| Address: | முகவரி: |
| Telephone number: | தொலைபேசி எண்: |
| Email address: | மின்னஞ்சல் முகவரி: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **உங்களுக்குப் பொருந்தும் அனைத்து கேள்விகளுக்கும் பதிலளிக்கவும் மற்றும் டிக் செய்யவும்.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1கேள்வித்தொகுப்பு நிறைவுசெய்யப்பட்ட தேதி: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 கீழ்க்கண்டவற்றில் எது உங்களை சிறப்பாக விவரிக்கிறது?  ஆண்  பெண்  பிற  வெளியிட விருப்பமில்லை |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 நீங்கள் பிறந்தபொழுது உங்களுக்கு வழங்கப்ட்ட பாலினம் இது தானா?  இல்லை  ஆம்  வெளியிட விருப்பமில்லை |
| Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. பிறந்த தேதி:  தேதி\_\_\_\_\_\_ மாதம் \_\_\_\_\_\_\_ வருடம் \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 மதம்:  பௌத்தம்  கிறிஸ்துவம்  இந்து  யூதம்  முஸ்லிம்  சீக்கியம்  பிற மதம்  மதம் இல்லை |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 திருமண நிலை:  திருமணமானவர்/சிவில் துணைவர்  விவாகரத்தானவர்  விதவை  மேலே உள்ள எதுவும் இல்லை |
| * 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 | 1.7பாலியல் ஈடுபாடு  ஈரினச் சேர்க்கையாளர் (எதிர்பாலினத்தவர் மீது ஈடுபாடு)  ஓரினச் சேர்க்கையாளர் (தன்பாலினத்தவர் மீது ஈடுபாடு)  இருபாலினத்தவர் (ஆண்கள் மற்றும் பெண்கள் இருவர் மீதும் ஈடுபாடு)  வெளியிட விருப்பமில்லை  பிற |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8 பிரதான பேச்சு மொழி:   |  |  | | --- | --- | | அல்பேனியன் | ரஷ்ய மொழி | | அரபிக் | திக்ரின்யா | | தாரி | உக்ரேனியன் | | தமிழ் | உருது | | பெர்சியன் | வியட்நமீஸ் | | பிற |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.9இரண்டாம் நிலை பேச்சு மொழி:   |  |  | | --- | --- | | அல்பேனியன் | ரஷ்ய மொழி | | அரபிக் | திக்ரின்யா | | தாரி | உக்ரேனியன் | | தமிழ் | உருது | | பெர்சியன் | வியட்நமீஸ் | | பிற | எதுவுமில்லை | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10உங்களுக்கு மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் தேவையா?  இல்லை  ஆம் |
| * 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 | 1.11நீங்கள் ஆண் அல்லது பெண் மொழிபெயர்த்துரைப்பாளருக்கு விருப்பம் தெரிவிக்கிறீர்களா? மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் கிடைக்கும்தன்மையைப் பொறுத்து உங்கள் விருப்பத்தை எப்பொழுதும் பூர்த்தி செய்ய இயலாது என்பதை நினைவில் கொள்ளுங்கள்.  ஆண்  பெண்  விருப்பம் ஏதும் இல்லை |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 உங்கள் சொந்த மொழியில் உங்களால் படிக்க இயலுமா?  இல்லை  ஆம்  எனக்குப் படிப்பதில் சிக்கல் உண்டு |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13உங்கள் சொந்த மொழியில் உங்களால் எழுத இயலுமா?  இல்லை  ஆம்  எனக்கு எழுதுவதில் சிக்கல் உண்டு |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14உங்களுக்கு சைகை மொழி ஆதரவு வேண்டுமா?  இல்லை  ஆம் |
| * 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) | | 1.15அவசரநிலையில் தொடர்பு கொள்வதற்கு உங்கள் உறவினர் மற்றும்/அல்லது வேறு யாராவது தகவல்களைத் தாருங்கள்:   |  |  | | --- | --- | | பெயர்:  தொடர்பு தொலைபேசி எண்:  முகவரி: | உறவினர் | | பெயர்:  தொடர்பு தொலைபேசி எண்:  முகவரி: | அவசரகால தொடர்பு (வேறாக இருந்தால்) | |
| Section two: Health questions | பிரிவு இரண்டு: ஆரோக்கியம் சார்ந்த கேள்விகள் |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1தற்போது நீங்கள் உடல்நலமில்லாமல் அல்லது நோய்வாய்ப்பட்டு இருக்கிறீர்களா?  இல்லை  ஆம் |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.2உங்கள் ஆரோக்கியக் கோளாறுக்கு உடனடி உதவி தேவையா?  இல்லை  ஆம் |
| * 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 | 2.3உங்களுக்கு தற்போது கீழ்கண்ட அறிகுறிகளில் ஏதேனும் இருக்கின்றனவா? *பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள்*  எடை குறைதல்  இருமல்  இருமலில் ரத்தம் வருதல்  இரவில் வியர்த்தல்  அதீத சோர்வு  மூச்சு விடுதலில் சிக்கல்கள்  காய்ச்சல்  வயிற்றுப்போக்கு  தோல் பிரச்சனைகள் அல்லது தடிப்புகள்  சிறுநீரில் ரத்தம்  மலத்தில் ரத்தம்  தலைவலி  வலி  விருப்பமின்மை  படபடப்பு  வேதனை தரும் பழையநினைவுகள் அல்லது கொடுங்கனவுகள்  தூக்கமின்மை  உங்கள் எண்ணங்கள் அல்லது செயல்களைக் கட்டுப்படுத்த முடியவில்லை என்ற உணர்வு  உங்களைத் துன்புறுத்த வேண்டும் அல்லது உயிரை விட வேண்டும் என்ற உணர்வு  பிற |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4உங்களுடைய தற்போதைய ஆரோக்கியம் சார்ந்த பிரச்சனை(கள்) உடலில் எந்தப் பகுதியில்(களில்) உள்ளது என்பதை உடல் படத்தில் குறியுங்கள் |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5தொடர்ந்து இருக்கும் ஆரோக்கியம் சார்ந்த பிரச்சனைகள் ஏதாவது உங்களுக்கு உள்ளதா?  இல்லை  ஆம் |
| * 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 | 2.6கீழே உள்ளவை உங்களுக்கு உள்ளதா அல்லது இவை பற்றி கேள்விப்பட்டு இருக்கிறீர்களா? பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள்  முடக்குவாதம்  ஆஸ்துமா  ரத்த சீர்குலைவு  அறிவாளனு ரத்த சோகை  குருதியழிவு சோகை  புற்றுநோய்  பல் பிரச்சனைகள்  நீரிழிவு நோய்  வலிப்பு நோய்  கண் பிரச்சனைகள்  இதயப் பிரச்சனைகள்  ஹெபடைடிஸ் B  ஹெபடைடிஸ் C  HIV அல்லது எய்ட்ஸ் (AIDS)  உயர் ரத்த அழுத்தம்  சிறுநீரகப் பிரச்சனைகள்  கல்லீரல் பிரச்சனைகள்  நீண்ட கால நுரையீரல் பிரச்சனை/மூச்சுவிடுதலில் சிரமம்  மன நலப் பிரச்சனைகள்  விருப்பமின்மை/மன அழுத்தம்  படபடப்பு  அதிர்ச்சிகரமான சம்பவத்திற்குப் பிறகான மனஅழுத்த நோய் (PTSD)  இதற்கு முன்பு சுய-தீங்கு செய்திருத்தல்  தற்கொலை முயற்சி  பிற  எலும்புத்துளை நோய்  தோல் நோய்  பக்கவாதம்  தைராய்டு நோய்  காசநோய் (TB)  பிற |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7உங்களுக்கு ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சைகள்நடந்திருக்கிறதா?  இல்லை  ஆம் |
| * 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 | 2.8உங்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை நடந்திருந்தால், அது எவ்வளவு காலம் முன்பு நடந்தது?  கடந்த 12 மாதங்களில்  1 - 3 ஆண்டுகளுக்கு முன்பு  3 ஆண்டுகளுக்கு முன்பு |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9போர், போராட்டம் அல்லது சித்தரவதை காரணமாக உங்களுக்கு ஏதேனும் உடல் காயங்கள் இருக்கின்றனவா?  இல்லை  ஆம் |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10உங்களுக்கு மன நலப் பிரச்சனைகள் இருக்கின்றனவா? போர், போராட்டம், சித்தரவதை அல்லது உங்கள் நாட்டை விட்டு வெளியேறச் செய்தது போன்றவற்றினால் இவை இருக்கலாமா?  இல்லை  ஆம் |
| * 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 | 2.11சில மருத்துவப் பிரச்சனைகள் குடும்பத்தில் இருக்கக்கூடும். உங்கள் நெருங்கிய சொந்தத்தில் (அப்பா, அம்மா, சகோதரர், சகோதரி மற்றும் தாத்தா பாட்டி) யாரேனும் கீழ்கண்டவற்றால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறார்களா? பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள்  புற்றுநோய்  நீரிழிவு நோய்  மன அழுத்தம்/மனநல நோய்  மாரடைப்பு  உயர் ரத்த அழுத்தம்  பக்கவாதம்  பிற |
| * 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* | |  |  | | 2.12உங்களுக்கு ஏதாவது மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப்பட்டிருக்கிறதா?  இல்லை  ஆம் *- கீழே உள்ள பெட்டியில்* *உங்களுக்குப் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்துகள் மற்றும் அதன் அளவுகளைப் பட்டியலிடவும்*  ***உங்கள் நேர நியமனத்திற்கு மருந்துப் பரிந்துரைகள் அல்லது மருந்துகளைக் கொண்டு வரவும்***   |  |  | | --- | --- | | *பெயர்* | *மருந்தின் அளவு* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13அடுத்த சில வாரங்களில் இந்த மருந்துகள் எவையேனும் தீர்ந்து விடும் என்று கவலைப்படுகிறீர்களா?  இல்லை  ஆம் |
| * 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* | |  |  | | 2.14ஒரு சுகாதார நிபுணர் பரிந்துரைக்காத மருந்துகள் எவையேனும் நீங்கள் எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா, உதாரணமாக மருந்துக்கடை/கடை/இணையத்தில் நீங்கள் வாங்கிய மருந்துகள் அல்லது வெளிநாட்டில் இருந்து தருவிக்கப்பட்டவை?  இல்லை  ஆம் *- கீழே உள்ள பெட்டியில் மருந்துகள் மற்றும் அளவுகளைப் பட்டியலிடவும்*  ***உங்கள் நேர நியமனத்திற்கு மருந்துகளைக் கொண்டு வரவும்***   |  |  | | --- | --- | | *பெயர்* | *மருந்தின் அளவு* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15உங்களுக்கு எந்த மருந்தேனும் ஒவ்வாமை ஏற்படுத்துமா?  இல்லை  ஆம் |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16உங்களுக்கு வேறு ஏதேனும் ஒவ்வாமை ஏற்படுத்துமா? (உதாரணமாக உணவு, பூச்சிக்கடி, லேடக்ஸ் கையுறைகள்)?  இல்லை  ஆம் |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17உங்களுக்கு உடல் குறைபாடு அல்லது நகர்தலில் சிக்கல்கள் ஏதேனும் உள்ளதா?  இல்லை  ஆம் |
| * 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 | 2.18உங்களுக்கு உணர்வுத்திறன் குறைபாடுகள் உள்ளனவா? *பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள்*  இல்லை  பார்வையற்ற நிலை  பகுதி பார்வையிழப்பு  முழு செவித்திறன் இழப்பு  பகுதி செய்வித்திறன் இழப்பு  நுகர்தல் மற்றும்/அல்லது சுவை சிக்கல்கள் |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19உங்களுக்கு கற்றல் குறைபாடுகள் ஏதேனும் உள்ளனவா?  இல்லை  ஆம் |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20ஒரு சுகாதார நிபுணருடன் உங்களது அடுத்த நேர நியமனத்தின் போது நீங்கள் கலந்தாலோசிக்க வேண்டிய ஏதேனும் தனிப்பட்ட விஷயம் இருக்கின்றதா?  இல்லை  ஆம் |
| Section three: Lifestyle questions | பிரிவு மூன்று: வாழ்க்கைமுறை சார்ந்த கேள்விகள் |
| * 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* | 3.1நீங்கள் எத்தனை முறை மது அருந்துவீர்கள்?  எப்பொழுதும் இல்லை  மாதமொரு முறை அல்லது குறைவாக  மாதத்திற்கு 2-4 முறை  வாரத்திற்கு 2-3 முறை  வாரத்திற்கு 4 அல்லது அதிக முறை  *இவற்றில்* ***1 யூனிட்*** *ஆல்கஹால் இருக்கிறது:*    *½ பைண்ட் கிளாஸ் பீர்*    *1 சிறிய கிளாஸ் வைன்*     1. *சிறிய அளவு எரிசாராயம்* |
| 3.2 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. நீங்கள் மது அருந்தும் பொழுது ஒரு நாளிற்கு எத்தனை யூனிட் ஆல்கஹால் அருந்துகிறீர்கள்?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 அல்லது அதிகம் |
| * 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 | 3.3கடந்த வருடத்தில், ஒரே முறையில், பெண்ணாக இருந்தால் 6 அல்லது அதற்கும் அதிகமான யூனிட்டுகள், அல்லது ஆணாக இருந்தால் 8 அல்லது அதற்கும் அதிகமான யூனிட்டுகள் எத்தனை முறை எடுத்திருப்பீர்கள்?  எப்பொழுதும் இல்லை  மாதத்திற்கு ஒருமுறைக்கு குறைவாக  மாதாமாதம்  வாராவாரம்  தினமும் அல்லது பெரும்பாலும் தினமும் |
| * 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 | 3.4உங்கள் ஆரோக்கியத்திற்கு தீங்கு விளைவிக்கும் ஏதேனும் போதை மருந்துகளை எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா, உதாரணமாக கஞ்சா, கோக், ஹெராயின்?  எப்பொழுதும் இல்லை  தீங்கு விளைவிக்கும் போதைமருந்துகளை எடுத்துக்கொள்வதை நிறுத்திவிட்டேன்  ஆம் |
| * 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 | 3.5நீங்கள் புகைபிடிப்பீர்களா?  எப்பொழுதும் இல்லை  புகை பிடிப்பதை விட்டுவிட்டேன்  ஆம்  சிகரெட்டுகள்  ஒரு நாளிற்கு எத்தனை? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  எத்தனை ஆண்டுகளாக நீங்கள் புகைபிடிக்கிறீர்கள்?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_  புகையிலை    உங்களுக்குப் புகைபிடிப்பதை நிறுத்த உதவி வேண்டுமா?  ஆம்  இல்லை |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6நீங்கள் புகையிலை போடுவீர்களா?  எப்பொழுதும் இல்லை  புகையிலை போடுவதை நிறுத்திவிட்டேன்  ஆம் |
| Section four: Vaccinations | பிரிவு நான்கு: தடுப்பூசிகள் |
| * 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 | 4.1நீங்கள் பிறந்த நாட்டில் வழங்கிய அனைத்து குழந்தைப்பருவ தடுப்பூசிகளையும் நீங்கள் பெற்றுள்ளீர்களா?  ***தடுப்பூசி வரலாறு குறித்த மருத்துவப்பதிவு இருந்தால் அதை உங்கள் நேர நியமனத்திற்குக் கொண்டு வாருங்கள்.***  இல்லை  ஆம்  எனக்குத் தெரியவில்லை |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2காசநோயிற்கு எதிராகத் தடுப்பூசி பெற்றுக்கொண்டீர்களா (TB)?  இல்லை  ஆம்  எனக்குத் தெரியவில்லை |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3கோவிடுக்கு (COVID-19) எதிராகத் தடுப்பூசி பெற்றுக்கொண்டீர்களா?  இல்லை  ஆம்  1 டோஸ்  2 டோஸ்கள்  3 டோஸ்கள்  3 டோஸ்களுக்கும் அதிகம்  எனக்குத் தெரியவில்லை |
| Section five: Questions for female patients only | பிரிவு ஐந்து: பெண் நோயாளிகளுக்கு மட்டுமான கேள்விகள் |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1நீங்கள் கர்ப்பமாக உள்ளீர்களா?  இல்லை  நான் கர்ப்பமாக இருக்கலாம்  ஆம்  எத்தனை வாரம் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்கள்?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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 | 5.2நீங்கள் கருத்தடை முறை பயன்படுத்துகிறீர்களா?  இல்லை  ஆம்  என்ன முறையைப் பயன்படுத்துகிறீர்கள்?  தடுப்பு கருத்தடைமுறை *உதாரணமாக ஆணுறை, ஜெல்*  வாய்வழி கருத்தடை மாத்திரை  செம்புக் கம்பி/கருப்பைக்குள் செலுத்தும் சாதனங்கள் (IUD)  ஹோர்மோன் சார்ந்த கம்பி/கருப்பைக்குள் வைக்கும் அமைப்பு (IUS) *உதாரணமாக மிரேனா*  கருத்தடை ஊசி  கருத்தடை உட்பொதிவு  பிற |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3உங்களுக்கு அவசரமாக கருத்தடை ஏதேனும் தேவையா?  இல்லை  ஆம் |
| * 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 | 5.4நீங்கள் எப்பொழுதாவது கருப்பை வாய் பரிசோதனை அல்லது ஸ்மியர் சோதனை பெற்றுள்ளீர்களா? இது உங்கள் கருப்பை வாயின் ஆரோக்கியத்தைப் பரிசோதிப்பதற்கும் கருப்பை வாய் புற்றுநோயைத் தடுப்பதற்கும் ஆகும்.  இல்லை  ஆம்  எனக்கும் மேலும் தகவல்கள் தேவைப்படுகின்றன |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5உங்களுக்கு கருப்பை அகற்றுதல் நடந்துள்ளதா (உங்கள் கருப்பை மற்றும் கருப்பை வாயை நீக்கும் அறுவை சிகிச்சை)?  இல்லை  ஆம் |
| * 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 | 5.6ஒரு பெண் நோயாளியாக, ஒரு சுகாதார நிபுணருடன் உங்களது அடுத்த நேர நியமனத்தின் போது நீங்கள் கலந்தாலோசிக்க வேண்டிய ஏதேனும் தனிப்பட்ட விஷயம் இருக்கின்றதா?  இல்லை  ஆம் |
| 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. | இந்தப் படிவத்தில் பகிருவதற்கு நீங்கள் சௌகரியப்படாத விஷயம் ஏதேனும் இருந்து அதை உங்கள் மருத்துவரிடம் கலந்தாலோசிக்க விரும்பினால், உங்கள் GP ஐ அழைத்து நேர நியமனம் ஒன்றைப் பதிவு செய்யவும். |