|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Urdu اردو** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | UK میں داخل ہونے والے نئے تارکینِ وطن کے لیے مریض کا سوالنامہ |
| 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 فرد کو* GP *کے ساتھ رجسٹر ہونے کا حق حاصل ہے۔ آپ کو* GP *کے ساتھ رجسٹر ہونے کے لیے پتے، امیگریشن اسٹیٹس،* ID *یا کسی* NHS *نمبر کا ثبوت دینے کی ضرورت نہیں ہے۔*  یہ سوالنامہ آپ کی صحت کے بارے میں معلومات جمع کرنے کے لیے ہے تاکہ آپ کی GP پریکٹس کے ماہرینِ صحت سمجھ سکیں کہ قومی صحت کی خدمت (National Health Service) کی رازداری اور ڈیٹا کے اشتراک کی پالیسیوں کے مطابق آپ کو کون سی معاونت، علاج اور مخصوص خدمات درکار ہو سکتی ہیں۔  *آپ کی GP آپ کی براہ راست نگہداشت کے مقاصد کے علاوہ کسی مقصد کے لیے آپ کی فراہم کردہ معلومات کا اشتراک نہیں کرے گی ماسوائے: آپ نے رضامندی دی ہو (مثلاً طبی تحقیق کی معاونت کی خاطر)؛ یا ان کو قانون کے تحت ایسا کرنے کی ضرورت ہو (مثلاً دیگر افراد کو شدید خطرے سے بچانا ہو)؛ یا مفاد عامہ کے لیے انتہائی اہم ہو (مثلاً آپ کسی متعدی بیماری میں مبتلا ہوں)۔ آپ کی GP آپ کی معلومات کا استعمال کیسے کرے گی، اس بارے میں مزید معلومات آپ کی GP پریکٹس میں دستیاب ہیں*۔  اپنے جوابات GP پریکٹس کو واپس ارسال کریں۔ |
| Section one: Personal details | حصہ اوّل: ذاتی تفصیلات |
| Full name: | مکمل نام: |
| Address: | پتہ: |
| Telephone number: | ٹیلیفون نمبر: |
| Email address: | ای میل ایڈریس: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **براہ کرم تمام سوالات مکمل کریں اور ان سب جوابات پر نشان لگائیں جن کا آپ پر اطلاق ہوتا ہے۔** |
| * 1. Date questionnaire completed: | * 1. سوالنامہ مکمل کرنے کی تاریخ: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 کس جنس سے آپ کی بہترین نمائندگی ہوتی ہے؟  مرد  عورت  دیگر  نہ بتانا ترجیح ہے |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 کیا یہ وہی جنس ہے جو آپ کی پیدائش کے وقت تھی؟  جی نہیں  جی ہاں  نہ بتانا ترجیح ہے |
| Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year | تاریخِ پیدائش:  تاریخ\_\_\_\_\_\_ 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  دیگر مذہب  کوئی مذہب نہیں |
| 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  مذکورہ بالا میں سے کوئی نہیں |
| * 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. جنسی رجحان:   دگر جنسی (جنسِ مخالف کی جانب راغب ہونا)  ہم جنسی (اپنے جیسی جنس کی جانب راغب ہونا)  دو جنسی (مردوں اور عورتوں دونوں کی جانب راغب ہونا)  نہ بتانا ترجیح ہے  دیگر |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8 بنیادی بول چال کی زبان:   |  |  | | --- | --- | | روسی | البانی | | تیگرینیا | عربی | | یوکرینی | دری | | اردو | انگریزی | | ویتنامی | فارسی | |  | دیگر | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.9 بول چال کی دوسری زبان:   |  |  | | --- | --- | | روسی | البانی | | تیگرینیا | عربی | | یوکرینی | دری | | اردو | انگریزی | | ویتنامی | فارسی | | کوئی نہیں | دیگر | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10 کیا آپ کو مترجم کی ضرورت ہے؟  جی نہیں  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. کیا آپ مرد یا خاتون مترجم میں سے کسی کی خدمات لینا چاہیں گے/گی؟ براہ کرم آگاہ رہیں کہ مترجم کی دستیابی کا یہ مطلب ہو سکتا ہے کہ ممکن ہے کہ ہمیشہ آپ کی ترجیح کو پورا نہ کیا جا سکے۔   مرد  عورت  مجھے کوئی اعتراض نہیں |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 کیا آپ اپنی زبان میں تحریر پڑھ سکتے ہیں؟  جی نہیں  جی ہاں  مجھے پڑھنے میں مشکل پیش آتی ہے |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13 کیا آپ اپنی زبان میں لکھ سکتے ہیں؟  جی نہیں  جی ہاں  مجھے لکھنے میں مشکل پیش آتی ہے |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.12 کیا آپ کو اشاراتی زبان میں معاونت درکار ہے؟  جی نہیں  جی ہاں |
| 1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency: | 1.15 براہ کرم اپنے فردِ خانہ اور/یا ایسے فرد کی تفصیلات فراہم کریں جن سے ہم کسی ہنگامی صورتحال میں رابطہ کر سکیں: |
| |  |  | | --- | --- | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Next of kin | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Emergency contact (if different) | | |  |  | | --- | --- | | قریبی عزیز | نام:  رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر:  پتہ: | | ہنگامی رابطہ (اگر مختلف ہو) | نام:  رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر:  پتہ: | |
| Section two: Health questions | حصہ دوم: صحت سے متعلق سوالات |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1 کیا فی الوقت آپ کی طبیعت ناساز ہے یا آپ بیمار ہیں؟  جی نہیں  جی ہاں |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.3 کیا آپ کو صحت کے مسئلے کی وجہ سے فوری مدد درکار ہے؟  جی نہیں  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 کیا موجودہ طور پر آپ میں درج ذیل میں سے کوئی علامات پائی جاتی ہیں؟ *براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں*  وزن میں کمی  کھانسی  کھانسی میں خون آنا  سوتے میں پسینہ آنا  شدید تھکاوٹ  سانس لینے میں دشواری  بخار  اسہال  جلدی امراض یا ریشز  آپ کے پیشاب میں خون آنا  آپ کے پاخانے میں خون آنا  سر درد  تکلیف  افسردگی  اضطراب  پریشان کُن یادیں یا ڈراؤنے خواب  سونے میں دشواری  ایسا محسوس ہونا جیسے آپ اپنے خیالات یا افعال پر قابو پانے سے قاصر ہیں  ایسا محسوس ہونا جیسے آپ خود کو نقصان پہنچانا چاہتے ہیں یا زندگی سے بیزار ہیں  دیگر |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4 براہ کرم جسم کی تصویر میں اس حصے (حصوں) کو نشان زد کریں جہاں موجودہ طور پر صحت کے مسئلے (مسائل) لاحق ہیں |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5 کیا آپ کو صحت کے کوئی معلوم مسائل لاحق ہیں جو جاری ہوں؟  جی نہیں  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 کیا آپ کو درج ذیل بیماریوں میں سے کوئی لاحق ہے یا رہی تھی؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں  آرتھرائٹس  دمہ  خون کا عارضہ  خون کے سرخ خلیوں کی بناوٹ کا عارضہ  تھیلیسیمیا  کینسر  دانتوں کے مسائل  ذیابیطس  مرگی  آنکھوں کے مسائل  امراضِ قلب  ہیپاٹائٹس B  ہیپاٹائٹس C  HIV یا AIDS  ہائی بلڈ پریشر  گردوں کا مسئلہ  جگر کا مسئلہ  پھیپھڑوں کے طویل مدتی مسائل/سانس لینے میں دشواریاں  ذہنی صحت کے مسائل  افسردگی/ڈپریشن  اضطراب  بعد از صدمہ تناؤ کا عارضہ (Post-traumatic stress disorder، PTSD)  ماضی میں خود کو نقصان پہنچایا  خودکشی کی کوشش کی  دیگر  آسٹیو پوروسز (ہڈیوں کی بوسیدگی)  جلدی امراض  فالج  تھائی رائیڈ کی بیماری  تپ دق (TB)  دیگر |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7 کیا آپ کا کبھی کوئی آپریشن ہوا / سرجری کی گئی؟  جی نہیں  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 اگر آپ کا آپریشن / سرجری ہو چکی ہے تو اس کو کتنا عرصہ ہو گیا ہے؟  گزشتہ 12 مہینوں میں  1 – 3 سال قبل  3 سال سے زائد عرصہ پہلے |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9 کیا آپ کو جنگ، تصادم یا تشدد کے نتیجے میں کسی جسمانی چوٹ کا سامنا کرنا پڑا؟  جی نہیں  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 کیا آپ کو ذہنی صحت کے کوئی مسائل لاحق ہیں؟ یہ کسی جنگ، تصادم، تشدد یا جبری ملک بدری کے نتیجے میں ہو سکتے ہیں؟  جی نہیں  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 کچھ طبی مسائل نسل در نسل چلتے ہیں۔ کیا آپ کے اہلِ خانہ میں سے کوئی فرد (والد، والدہ، بہن بھائی اور دادا/دادی) درج ذیل میں سے کسی میں مبتلا رہا تھا/رہی تھی یا رہا/رہی ہے؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں  کینسر  ذیابیطس  ڈپریشن/ذہنی صحت کا عارضہ  دل کا دورہ  ہائی بلڈ پریشر  فالج  دیگر |
| * 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 کیا آپ نسخہ جاتی ادویات استعمال کر رہے ہیں؟  جی نہیں  جی ہاں *– براہ کرم ان ادویات اور خوراکوں کو ذیل میں دیئے گئے خانے میں درج کریں، جو* *آپ کے لیے تجویز کی گئی ہیں*  ***براہ کرم اپنی اپائنٹمنٹ میں کوئی بھی نسخہ جات یا ادویات ساتھ لے کر آئیں***   |  |  | | --- | --- | | *خوراک* | *نام* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13 کیا آپ اگلے چند ہفتوں میں ان ادویات کے ختم ہو جانے کے بارے میں پریشان ہیں؟  جی نہیں  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 کیا آپ کوئی ایسی ادویات لیتے ہیں جو ماہرِ صحت کی جانب سے تجویز کردہ نہیں ہیں مثلاً ادویات جو آپ نے فارمیسی/دکان/انٹرنیٹ یا باہر ملک سے منگوائی ہوں؟  جی نہیں  جی ہاں *– براہ کرم وہ ادویات اور خوراکیں ذیل میں دیئے گئے خانے میں درج کریں*  ***براہ کرم اپنی اپائنٹمنٹ میں کوئی بھی ادویات ساتھ لے کر آئیں***   |  |  | | --- | --- | | *خوراک* | *نام* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15 کیا آپ کو کسی دوا سے الرجی ہے؟  جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16 کیا آپ کو کسی اور چیز سے الرجی ہے؟ (مثلاً کسی خوراک، حشرات یا کیڑوں کے کاٹنے سے، لیٹیکس گلوز سے)؟  جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17 کیا آپ کو کوئی جسمانی معذوری ہے یا نقل و حرکت میں مشکل کا سامنا ہے؟  جی نہیں  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 کیا آپ کسی حسی خرابی میں مبتلا ہیں؟ *براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں*  جی نہیں  اندھا پن  نظر کی جزوی خرابی  مکمل بہرہ پن  کم سنائی دینا  سونگھنے اور/یا چکھنے کے مسائل |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19 کیا آپ سیکھنے کی معذوری کا شکار ہیں؟  جی نہیں  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 کیا کوئی ایسا مخصوص ذاتی مسئلہ ہے جس پر آپ نگہداشتِ صحت کے ماہر کے ساتھ اگلی اپائنٹمنٹ میں تبادلہ خیال کرنا چاہتے ہوں/ان کو ظاہر کرنا چاہتے ہوں؟  جی نہیں  جی ہاں |
| Section three: Lifestyle questions | حصہ سوم: طرزِ زندگی سے 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 آپ کتنی دفعہ الکحل پیتے ہیں؟  کبھی نہیں  ماہانہ یا اس سے کم  ماہانہ 2-4 مرتبہ  فی ہفتہ 2-3 مرتبہ  فی ہفتہ 4 یا زیادہ مرتبہ  *درج ذیل میں الکحل کا* ***1 یونٹ*** *موجود ہے:*    *بیئر کا ½ پِنٹ گلاس*    *وائن کا 1 چھوٹا گلاس*    *اسپرٹس کا 1 واحد پیمانہ* |
| 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 | 3.2 جب آپ الکحل پی رہے ہوں تو معمول کے مطابق دن میں آپ اس کے کتنے یونٹس پیتے ہیں؟  0-2  3-4  5-6  7-9  10 یا زائد |
| 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 گزشتہ سال ایک ہی موقع پر آپ نے کتنی مرتبہ اگر عورت ہیں تو 6 یا زائد یونٹ پیئے، یا مرد ہونے کی صورت میں 8 یا زائد یونٹ پیئے؟  کبھی نہیں  ماہانہ سے کم  ماہانہ  ہفتہ وار  ہر روز 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. کیا آپ ایسی ڈرگز کا استعمال کرتے ہیں جو صحت کے لیے نقصان دہ ہوں مثلاً بھنگ، کوکین، افیون؟   کبھی نہیں  میں نے ایسی ڈرگز کا استعمال چھوڑ دیا ہے جو نقصان دہ ہو سکتی ہیں  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. کیا آپ سگریٹ پیتے ہیں؟   کبھی نہیں  میں نے سگریٹ نوشی چھوڑ دی ہے  جی ہاں  سگریٹس  دن میں کتنی مرتبہ؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  آپ کتنے سالوں سے سگریٹ پی رہے ہیں؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_  تمباکو    کیا آپ سگریٹ نوشی سے نجات کے لیے مدد چاہتے ہیں؟  جی ہاں  جی نہیں |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6 کیا آپ تمباکو چباتے ہیں؟  کبھی نہیں  میں نے تمباکو چبانا چھوڑ دی ہے  جی ہاں |
| Section four: Vaccinations | حصہ چہارم: 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. کیا آپ کو اپنے آبائی ملک میں بچپن کے تمام حفاظتی ٹیکہ جات لگائے جا چکے ہیں؟   ***اگر آپ کے پاس اپنے حفاظتی ٹیکوں کا ریکارڈ موجود ہے تو براہ اپنی اپائنٹمنٹ میں اسے ساتھ لے کر آئیں۔***  جی نہیں  جی ہاں  مجھے معلوم نہیں ہے |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | * 1. کیا آپ کو تپ دق (TB) کا ٹیکہ لگ چکا ہے؟   جی نہیں  جی ہاں  مجھے معلوم نہیں ہے |
| * 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. کیا آپ کو COVID-19 کا ٹیکہ لگ چکا ہے؟   جی نہیں  جی ہاں  1 خوراک  2 خوراکیں  3 خوراکیں  3 سے زائد خوراکیں  مجھے معلوم نہیں ہے |
| Section five: Questions for female patients only | حصہ پنجم: صرف خواتین مریضوں کے لیے سوالات |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. کیا آپ حاملہ ہیں؟   جی نہیں  میں حاملہ ہو سکتی ہوں؟  جی ہاں  آپ کتنے ہفتوں کی حاملہ ہیں؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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. کیا آپ مانع حمل ادویات استعمال کرتی ہیں؟   جی نہیں  جی ہاں  آپ کون سا طریقہ استعمال کرتی ہیں؟  رکاوٹی مانع حمل *مثلا کنڈومز، جیل*  منہ سے لی جانے والی مانع حمل گولیاں  کاپر کوائل/انٹرا یوٹرائن ڈیوائس (Intrauterine device، IUD)  ہارمونل کوائل/انٹرا یوٹرائن سسٹم (Intrauterine System، IUS) *مثلاً میرینا (Mirena)*  مانع حمل انجیکشن  مانع حمل امپلانٹ  دیگر |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | * 1. کیا آپ کو فوری طور پر کسی مانع حمل کی ضرورت ہے؟   جی نہیں  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. کیا آپ نے کبھی سرویکل سمیئر یا کوئی سمیئر ٹیسٹ کروایا ہے؟ یہ آپ کے سروکس کی صحت کا معائنہ کرنے کا ٹیسٹ ہے اور آپ کو سرویکل کینسر سے بچاؤ میں مدد دیتا ہے۔   جی نہیں  جی ہاں  میں مزید معلومات جاننا چاہتی ہوں |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | * 1. کیا آپ کی ہسٹیریکٹومی کی گئی ہے (یعنی آپ کی بچہ دانی اور سروکس کو نکالنے کا آپریشن کیا گیا ہے)؟   جی نہیں  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. ایک خاتون مریض کے طور پر کیا کوئی ایسا مخصوص ذاتی مسئلہ ہے جس پر آپ اپنی اگلی اپائنٹمنٹ میں نگہداشتِ صحت کے/کی ماہر کے ساتھ تبادلہ خیال کرنا/یا ان کو ظاہر کرنا چاہتی ہیں؟   جی نہیں  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. | اگر کوئی ایسی بات ہے جو آپ اس فارم میں اشتراک کرنے پر جھجھک محسوس کرتی ہیں اور آپ اس کا ڈاکٹر کے ساتھ اشتراک کرنا چاہتی ہیں، تو براہ کرم اپنی GP کو کال کریں اور اپائنٹمنٹ طے کروائیں۔ |