|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **हिंदी** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | यूके में नए पहुँचे प्रवासियों के लिए नई रोगी प्रश्नावली |
| 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. | सभी के पास एक GP के साथ रजिस्टर करने का अधिकार है। आपके पास एक GP के साथ रजिस्टर करने के लिए एड्रेस, इमिग्रेशन स्टेटस, ID का सबूत या NHS नंबर होने की ज़रूरत नहीं है।  यह प्रश्नावली आपके स्वास्थ्य के बारे में जानकारी एकत्र करने के लिए है ताकि आपकी GP प्रैक्टिस में हेल्थ प्रोफेश्नल समझ सकें कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा की गोपनीयता और डेटा साझाकरण नीतियों के अनुसार आपको किस सहायता, इलाज और स्पेशलिस्ट सेवाओं की ज़रूरत हो सकती है।  आपका GP आपकी प्रत्यक्ष देखभाल के अलावा अन्य उद्देश्यों के लिए आपके द्वारा प्रदान की गई किसी भी जानकारी का खुलासा नहीं करेगा जब तक कि: आपने सहमति न दी हो (उदाहरण के लिए, मेडिकल रिसर्च को सप्पोर्ट करने के लिए); कानून द्वारा ऐसा करना आवश्यक न हो (उदाहरण के लिए, अन्य लोगों को गंभीर नुकसान से बचाने के लिए); या क्योंकि इसमें सर्वोपरि सार्वजनिक हित शामिल है (उदाहरण के लिए, आप किसी संक्रामक रोग से पीड़ित हैं)। आपका GP आपकी जानकारी का उपयोग कैसे करेगा, इसके बारे में अधिक जानकारी आपके GP प्रैक्टिस से उपलब्ध है।  अपने जवाब अपनी GP प्रैक्टिस को वापस करें। |
| Section one: Personal details | भाग एक: व्यक्तिगत जानकारी |
| Full name: | पूरा नाम: |
| Address: | एड्रेस: |
| Telephone number: | टेलिफोन नंबर: |
| Email address: | ईमेल एड्रेस: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **कृपया सभी सवाल पूरे करें और वे सभी जवाब चुनें जो आप पर लागू होते हैं।** |
| 1.1Date questionnaire completed: | * 1. प्रश्नावली पूरी करने की तारीख: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प आपका बखूबी वर्णन करता है?  पुरुष  महिला  अन्य  बताना नहीं चाहते/ती |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 क्या यह वही लिंग जो आपको जन्म के समय दिया गया था?  नहीं  हाँ  बताना नहीं चाहते/ती |
| * 1. Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | 1.4 जन्म तारीख:  तारीख\_\_\_\_\_\_ महीना \_\_\_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 धर्म:  बौध धर्म  इसाई धर्म  हिंदू  यहूदी  मुसलमान  सिख  अन्य धर्म  कोई धर्म नहीं |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 वैवाहिक स्थिति:  शादीशुदा/सिविल पार्टनर  तलाकशुदा  विधवा/विधुर  उपरोक्त में से कोई नहीं |
| 1.7Sexual 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. यौन रुझान:   इतरलिंगी (विपरीत लिंग की ओर आकर्षित)  समलिंगी (समान लिंग की ओर आकर्षित)  द्विलिंगी (पुरुषों और महिलाओं दोनों की ओर आकर्षित)  बताना नहीं चाहते/ती  अन्य |
| 1.8 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | * 1. मुख्य तौर पर बोली जाने वाली भाषाएँ:  |  |  | | --- | --- | | अल्बानियाई | रूसी | | अरबी | टिग्रिनिया | | दरी | यूक्रेनियाई | | अंग्रेज़ी | उर्दू | | फारसी | वियतनामी | | अन्य |  | |
| 1.9 Second spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | * 1. दूसरी बोली जाने वाली भाषा:  |  |  | | --- | --- | | अल्बानियाई | रूसी | | अरबी | टिग्रिनिया | | दरी | यूक्रेनियाई | | अंग्रेज़ी | उर्दू | | फारसी | वियतनामी | | अन्य | कोई नहीं | |
| 1.10Do you need an interpreter?  No  Yes | * 1. क्या आपको एक दुभाषिए की ज़रूरत है?   नहीं  हाँ |
| 1.11Would 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. क्या आप एक पुरुष दोभाषिया पसंद करेंगे या महिला दोभाषिया? कृपया जान लें कि दोभाषिए की उपलब्धता पर निर्भर करते हुए यह हो सकता है कि हमेशा आपकी पसंद को पूरा करना संभव न हो।   पुरुष  महिला  मुझे ऐतराज़ नहीं |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 क्या आप अपनी खुद की भाषा में पढ़ सकते हैं?  नहीं  हाँ  मुझे पढ़ने में मुश्किल होती है |
| 1.13Are you able to write in your own language?  No  Yes  I have difficulty writing | * 1. क्या आप अपनी खुद की भाषा में लिख पाते हैं?   नहीं  हाँ  मुझे लिखने में मुश्किल होती है |
| 1.14Do you need sign language support?  No  Yes | * 1. क्या आपको संकेत भाषा को लेकर सहायता चाहिए?   नहीं  हाँ |
| 1.15Please 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. कृपया अपने करीबी रिश्तेदार और/या किसी ऐसे व्यक्ति की जानकारी दें जिनके साथ हम एमरजेंसी में संपर्क कर सकते हैं:  |  |  | | --- | --- | | नाम:  संपर्क का टेलिफोन नंबर:  एड्रेस: | करीबी रिश्तेदार | | नाम:  संपर्क का टेलिफोन नंबर:  एड्रेस: | एमरजेंसी संपर्क (अगर अलग है तो) | |
| Section two: Health questions | भाग दो: स्वास्थ्य से जुड़े सवाल |
| 2.1Are you currently feeling unwell or ill?  No  Yes | * 1. क्या इस समय आपकी तबियत खराब है या आपको बुखार है?   नहीं  हाँ |
| 2.2Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | क्या आपको आपकी स्वास्थ्य समस्या के लिए अर्जेंट सहायता चाहिए?  नहीं  हाँ |
| 2.3Do 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. क्या आपको इस समय इनमें से कोई लक्षण हैं? *कृपया लागू होने वाले सभी विलक्पों पर सही का निशान लगाएँ*   वज़न कम होना  खांसी  खांसते समय खून आना  सोते समय पसीने आना  बेहद थकावट होनी  साँस लेने से जुड़ी समस्याएँ  बुखार  दस्त  त्वचा को लेकर शिकायतें या खाज  आपके पिशाब में खून  आपकी लैटरीन में खून  सरदर्द  दर्द  उदास मन  व्यग्रता  परेशान करने वाली पुरानी यादें या बुरे सपने आना  सोने में मुश्किल होना  ऐसा महसूस करना कि आपका अपने विचारों या कार्यों पर नियंत्रण नहीं है  ऐसा महसूस करना कि आप खुद को नुकसान पहुँचाना चाहते हैं या जीवन से आपका विश्वास उठ गया है  अन्य |
| 2.4Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | * 1. कृपया शरीर की छवि पर उस क्षेत्र (क्षेत्रों) पर निशान लगाएँ जहाँ इस समय आप शारीरिक समस्या (समस्याओं) का सामना कर रहे हैं |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| 2.5Do you have any known health problems that are ongoing?  No  Yes | * 1. क्या आपको किसी ऐसी स्वास्थ्य समस्याओं के बारे में पता है जो इस समय चल रहीं हैं?   नहीं  हाँ |
| 2.6Do 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 | * 1. क्या आपको निम्नलिखित बिमारी है या कभी भी रही है? कृपया लागू होने वाले सभी विलक्पों पर सही का निशान लगाएँ   गठिया  दमा  रक्त रोग  सिकल सेल अनीमिया  थैलेसीमिया  कैंसर  दाँतों से जुड़ी समस्याएँ  मधुमेह  मिरगी  आँखों से जुड़ी समस्याएँ  दिल से जुड़ी समस्याएँ  हैपेटाइटिस बी  हैपेटाइटिस सी  HIV या AIDS  हाई ब्लड प्रेशर  गुर्दे से जुड़ी समस्याएँ  जिगर से जुड़ी समस्याएँ  फेफड़ों/साँस लेने से जुड़ी दीर्घकालिक मुश्किलें  मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याएँ  उदास मन/डिप्रेशन  व्यग्रता  पोस्ट-ट्रॉमैटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (PTSD)  पहले खुद को नुकसान पहुँचाया  खुदकुशी करने का प्रयास किया  अन्य  ऑस्टियोपोरोसिस  त्वचा रोग  दिमाग का दौरा  थायरायड रोग  ट्युबरकुलोसिस (TB)  अन्य |
| 2.7Have you ever had any operations / surgery?  No  Yes | * 1. क्या कभी आपका कोई ऑपरेशन / सर्जरी हुई है?   नहीं  हाँ |
| 2.8If you have had an operation / surgery, how long ago was this?  In the last 12 months  1 – 3 years ago  Over 3 years ago | * 1. अगर आपका ऑपरेशन / सर्जरी हुई थी, तो कितने समय पहले हुआ था?   पिछले 12 महीनों में  1- 3 वर्ष पहले  3 से ज़्यादा वर्ष पहले |
| 2.9Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?  No  Yes | * 1. क्या जंग, संघर्ष या टॉर्चर से आपको कभी शारीरिक चोटें आई हैं?   नहीं  हाँ |
| 2.10Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?  No  Yes | * 1. क्या आपको मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी कोई समस्याएँ हैं? यह जंग, संघर्ष, टॉर्चर या अपने देश से निकाले जाने के लिए मजबूर किए जाने से हो सकता है।   नहीं  हाँ |
| 2.11Some 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 | * 1. कुछ मेडिकल समस्याएँ परिवारों से पीछे चली आ सकती हैं। क्या आपके निकट परिवार (पिता, माता, भाई-बहन, और दादा/दादी/नाना/नानी) का कोई सदस्य निम्नलिखित रोग से बिमार या पीड़ित रहा है? कृपया लागू होने वाले सभी विलक्पों पर सही का निशान लगाएँ   कैंसर  मधुमेह  डिप्रेशन/मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी समस्या  दिल का दौरा  हाई ब्लड प्रेशर  दिमाग का दौरा  अन्य |
| 2.12Are 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* | |  |  | | * 1. क्या आप डॉक्टर द्वारा लिख कर दी गई कोई दवाइयाँ ले रहे हैं?   नहीं  हाँ*–कृपया नीचे दिए बॉक्स में आपको लिख कर दी गई दवाइयाँ और खुराकें लिस्ट करें*  ***कृपया आपको लिख कर दी गई दवाइयाँ या उनकी पर्ची अपनी अपॉइंटमेंट में लाएँ***   |  |  | | --- | --- | | *नाम* | *खुराक* | |  |  | |
| 2.13Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?  No  Yes | * 1. क्या आपको चिंता है कि इनमें से कोई दवाई अगले कुछ हफ्तों में खत्म हो जाएगी?   नहीं  हाँ |
| 2.14Do 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* | |  |  | | * 1. क्या आप कोई ऐसी दवाइयाँ लेते हैं जो किसी हेल्थ प्रोफेश्नल द्वारा लिख कर नहीं दी गई हैं जैसे कि वे दवाइयाँ जो आपने किसी फार्मेसी/दुकान/इंटरनेट पर खरीदी हैं या विदेश से मंगवाई हैं?   नहीं  हाँ*–कृपया नीचे दिए बॉक्स में दवाइयाँ और खुराकें लिस्ट करें*  ***कृपया अपनी अपॉइंटमेंट पर दवाइयाँ लाएँ***   |  |  | | --- | --- | | *नाम* | *खुराक* | |  |  | |
| 2.15Are you allergic to any medicines?  No  Yes | * 1. क्या आपको किसी दवाइयों से एलर्जी है?   नहीं  हाँ |
| 2.16Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?  No  Yes | * 1. क्या आपको किसी और चीज़ से एलर्जी है? (उदाहरण के लिए, भोजन, कीड़ों द्वारा काटे जाना, लेटेक्स के दस्ताने)?   नहीं  हाँ |
| 2.17Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?  No  Yes | * 1. क्या आपको शारीरिक अक्षमताएँ या हिलने-जुलने को लेकर मुश्किले हैं?   नहीं  हाँ |
| 2.18Do 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 | * 1. क्या आपको कोई संवेदी खराबी है? *कृपया लागू होने वाले सभी विलक्पों पर सही का निशान लगाएँ*   नहीं  अंधापन  आंशिक रूप से नज़र चले जाना  पूर्ण रूप से सुनाई न देना  आंशिक रूप से सुनाई न देना  सूँघने और/या स्वाद से जुड़ी समस्याएँ |
| 2.19Do you have any learning difficulties?  No  Yes | * 1. क्या आपको सीखने से जुड़ी कोई समस्याएँ हैं?   नहीं  हाँ |
| 2.20Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?  No  Yes | * 1. क्या कोई ऐसा खास निजी मामला है जिस पर आप अपनी अगली अपॉइंटमेंट पर किसी हेल्थकेयर प्रोफेश्नल के साथ चर्चा/बातचीत करना चाहेंगे?   नहीं  हाँ |
| Section three: Lifestyle questions | भाग तीन: जीवनशैली से जुड़े सवाल |
| 3.1How 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* | * 1. आप कितनी अक्सर शराब पीते हैं?   कभी नहीं  महीने में एक बार या कम  हर महीने 2-4 बार  हर हफ्ते 2-3 बार  हर हफ्ते 4 या अधिक बार  *इनमें शराब की* ***1 यूनिट*** *है:*    *बियर का ½ पाइंट ग्लास*    *वाइन का 1 छोटा ग्लास*    *स्पिरिट्स का 1 सिंगल माप* |
| 3.2How 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. जब आप शराब पी रहे होते हैं तो आप एक आम दिन में कितने यूनिट शराब पीते हैं?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 या अधिक |
| 3.3How 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 | * 1. आपने पिछले वर्ष एक ही बार में कितनी अक्सर 6 या उससे ज़्यादा यूनिट्स लिए हैं (यदि महिला हैं), या 8 से ज़्यादा यूनिट्स लिए हैं (यदि पुरुष हैं)?   कभी नहीं  महीने में एक बार से कम  महीने में एक बार  हफ्ते में एक बार  हर रोज़ या लगभग हर रोज़ |
| 3.4Do 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. क्या आप कोई ऐसे ड्रग्स लेते हैं जो आपके स्वास्थ्य के लिए हानिकारक हो सकते हैं जैसे कि, भाँग, कोकेन, हेरोइन?   कभी नहीं  मैं ऐसे ड्रग्स लेने छोड़ दिए हैं जो हानिकारक हो सकते हैं  हाँ |
| 3.5Do 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. क्या आप सिग्रेट पीते हैं?   कभी नहीं  मैंने सिग्रेट पीना छोड़ दिया है  हाँ  सिग्रेट  दिन में कितनी? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  आपने कितने वर्ष सिग्रेट पी है? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  तंबाकू    क्या आप सिग्रेट पीना छोड़ने में मदद पाना चाहेंगे?  हाँ  नहीं |
| 3.6Do you chew tobacco?  Never  I have quit chewing tobacco  Yes | * 1. क्या आप तंबाकू चबाते हैं?   कभी नहीं  मैंने तंबाकू चबाना छोड़ दिया है  हाँ |
| Section four: Vaccinations | भाग चार: टीकाकरण |
| 4.1Have 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. क्या आपने अपने मूल देश में बचपन में दी जाने वाली सभी वैक्सीन्स लगवाई हैं?   ***अगर आपके पास अपने टीकाकरण इतिहास का रिकॉर्ड है तो कृपया इसे अपनी अपॉइंटमेंट पर लाएँ।***  नहीं  हाँ  मुझे मालूम नहीं |
| 4.2Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?  No  Yes  I don’t know | * 1. क्या आपने ट्युबरकुलोसिस (TB) की वैक्सीन लगवाई हुई है?   नहीं  हाँ  मुझे मालूम नहीं |
| 4.3Have you been vaccinated against COVID-19?  No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | * 1. क्या आपने कोविड-19 की वैक्सीन लगवाई हुई है?   नहीं  हाँ  1 खुराक  2 खुराक  3 खुराक  3 से ज़्यादा खुराकें  मुझे मालूम नहीं |
| Section five: Questions for female patients only | भाग पाँच: केवल महिला मरीज़ों के लिए सवाल |
| 5.1Are you pregnant?  No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. क्या आप गर्भवती हैं?   नहीं  मैं गर्भवती हो सकती हूँ  हाँ  आप कितने हफ्ते गर्भवती हैं?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.2Do 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. क्या आपने गर्भनिरोध का इस्तेमाल किया?   नहीं  हाँ  आप किस विधि का इस्तेमाल करते हैं?  बैरियर गर्भनिरोध *जैसे कि, कंडोम, जेल*  मौखिक गर्भनिरोधक गोली  कॉपर कॉइल/इंट्रायुटेरिन डिवाइस (IUD)  हॉर्मोनल कॉइल/इंट्रायुटेरीन सिस्टम (IUS) *जैसे कि, मिरेना*  गर्भनिरोधक टीका  गर्भनिरोधक इंप्लांट  अन्य |
| 5.3Do you urgently need any contraception?  No  Yes | * 1. क्या आपको अर्जेंटली कोई गर्भनिरोध चाहिए?   नहीं  हाँ |
| 5.4Have 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. क्या आपने कभी सर्वाइकल स्मियर या एक स्मियर टेस्ट करवाया है? ये आपकी सर्विक्स के स्वास्थ्य को चेक करने और सर्वाइकल कैंसर को रेकने में मदद करने का एक टेस्ट है।   नहीं  हाँ  मैं चाहूंगा/गी कि मुझे और जानकारी दी जाए |
| 5.5Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?  No  Yes | * 1. क्या आपने कभी हिस्टरेक्टमी करवाई है (आपका गर्भाशय और सर्विक्स निकालने का ऑपरेशन)?   नहीं  हाँ |
| 5.6As 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. बतौर एक महिला रोगी, क्या कोई ऐसा खास निजी मामला है जिस पर आप अपनी अगली अपॉइंटमेंट पर किसी हेल्थकेयर प्रोफेश्नल के साथ चर्चा/बातचीत करना चाहेंगे?   नहीं  हाँ |
| 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. | अगर ऐसी कोई बात है जिसे आप इस फॉर्म में साझा करने में सहज महसूस नहीं करते हैं और आप किसी डॉक्टर से इस बारे में बातचीत करना चाहते हैं, तो कृपया अपने GP को कॉल करें और एक अपॉइंटमेंट बुक करें। |