NHS England

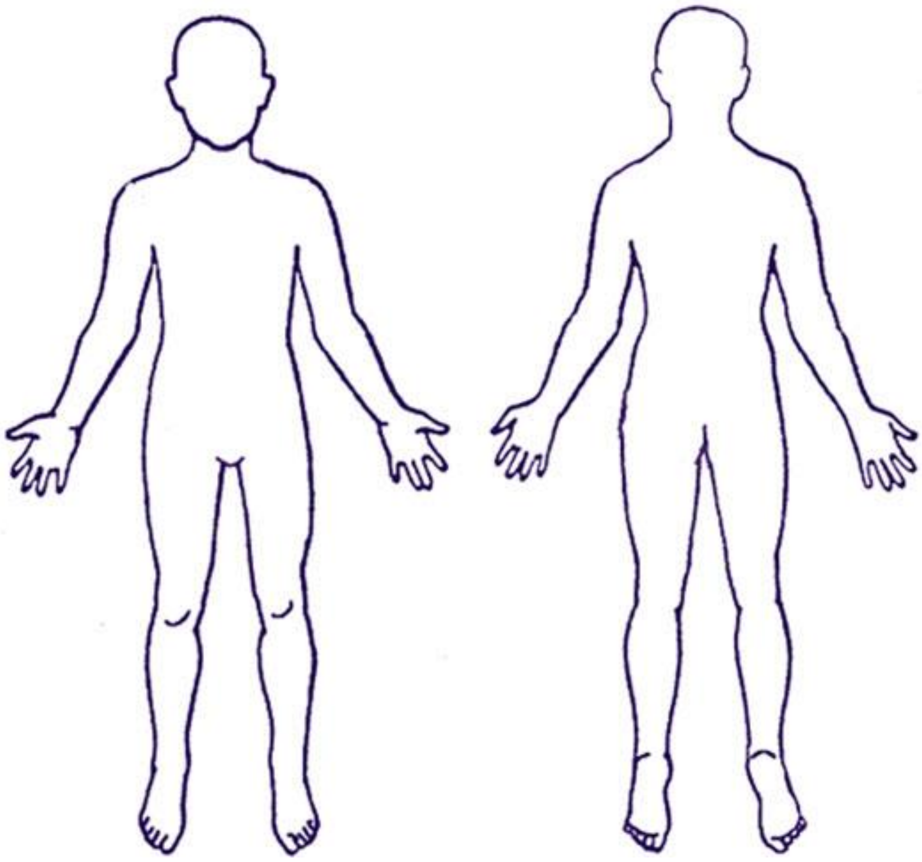
English	Tamil தமிழ்
Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People	இங்கிலாந்திற்குப் புதிதாக குடிபெயர்ந்த நோயாளிகளுக்கான கேள்வித்தொகுப்பு: குழந்தைகள் மற்றும் இளம்வயதினர்
Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP This questionnaire is to collect information about children's health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service. **Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.** 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, குழந்தைகளுக்கு என்ன வகையான ஆதரவு, சிகிச்சை மற்றும் நிபுணத்துவ சேவைகள் தேவை என்பதை உங்கள் GP அலுவலகத்தில் உள்ள சுகாதார வல்லுநர்கள் புரிந்துகொள்வதற்கு குழந்தையின் ஆரோக்கியம் சார்ந்த தகவல்களை இந்தக் கேள்வித்தொகுப்பு சேகரிக்கின்றது. **18 வயதிற்குட்பட்ட தகுதி வாய்ந்த இளம் வயதினர் தங்களுக்கான பெரியவர் பதிப்பைத் தாங்களே நிரப்பிக்கொள்ளலாம்.** *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.

Person completing	நிரப்பும் நபர்
Who is completing this form: ☐ Child's Parent ☐ Child's legal guardian/carer	இந்தப் படிவத்தை நிரப்புபவர் யார்: ☐ குழந்தையின் பெற்றோர் ☐ குழந்தையின் சட்டபூர்வ பாதுகாப்பாளர்/பராமரிப்பாளர்
Section one: Personal details	பிரிவு ஒன்று: தனிப்பட்ட தகவல்கள்
Child's full name:	குழந்தையின் முழுப்பெயர்:
Child's date of birth: Date______ Month _______ Year ______	குழந்தையின் பிறந்த தேதி: தேதி_____ மாதம் _____ வருடம் _____
Child's address:	குழந்தையின் முகவரி:
Mother's name:	தாயின் பெயர்:
Father's name:	தந்தையின் பெயர்:
Contact telephone number(s):	தொடர்பு தொலைபேசி எண்(கள்):
Email address:	மின்னஞ்சல் முகவரி:
Please tick all the answer boxes that apply to your child.	**உங்கள் குழந்தைக்குப் பொருந்தும் அனைத்து பதில் பெட்டிகளையும் டிக் செய்யவும்.**
1.1 Which of the following best describes your child:	1.1 உங்கள் குழந்தையைக் கீழ்க்கண்டவற்றில் எது சிறப்பாக விவரிக்கிறது:

☐ Male ☐ Female ☐ Other ☐ Prefer not to say	☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ பிற ☐ வெளியிட விருப்பமில்லை
1.2 Religion: ☐ Buddhist ☐ Christian ☐ Hindu ☐ Jewish ☐ Muslim ☐ Sikh ☐ Other religion ☐ No religion	1.2 மதம்: ☐ பௌத்தம் ☐ கிறிஸ்துவம் ☐ இந்து ☐ யூதம் ☐ முஸ்லிம் ☐ சீக்கியம் ☐ பிற மதம் ☐ மதம் இல்லை
1.3 Main spoken language: ☐ Albanian ☐ Russian ☐ Arabic ☐ Tigrinya ☐ Dari ☐ Ukrainian ☐ English ☐ Urdu ☐ Persian ☐ Vietnamese ☐ Other	1.3 பிரதான பேச்சு மொழி: ☐ அல்பேனியன் ☐ ரஷ்ய மொழி ☐ அரபிக் ☐ திக்ரின்யா ☐ தாரி ☐ உக்ரேனியன் ☐ தமிழ் ☐ உருது ☐ பெர்சியன் ☐ வியட்நமீஸ் ☐ பிற
1.4 Second spoken language: ☐ Albanian ☐ Russian ☐ Arabic ☐ Tigrinya ☐ Dari ☐ Ukrainian ☐ English ☐ Urdu ☐ Persian ☐ Vietnamese ☐ Other ☐ None	1.4இரண்டாம் நிலை பேச்சு மொழி: ☐ அல்பேனியன் ☐ ரஷ்ய மொழ ☐ அரபிக் ☐ திக்ரின்யா ☐ தாரி ☐ உக்ரேனியன் ☐ தமிழ் ☐ உருது ☐ பெர்சியன் ☐ வியட்நமீஸ் ☐ பிற ☐ எதுவுமில்லை
1.5 Does your child need an interpreter? ☐ Yes ☐ No	1.5உங்கள் குழந்தைக்கு மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் தேவையா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
1.6 Does your child need sign language support? ☐ No ☐ Yes	1.6உங்கள் குழந்தைக்கு சைகை மொழி ஆதரவு தேவையா? ☐ இல்லை ☐ ஆம்
1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK? ☐ Mother ☐ Father ☐ Brother(s) How many? ___________ What age(s)? ____________	1.7இங்கிலாந்தில் உங்கள் குழந்தையுடன் அதே வீட்டில் யார் வசிக்கிறார்கள்? ☐ தாய் ☐ தந்தை ☐ சகோதரர்(கள்) எத்தனை? _________ என்ன வயது(கள்)? _________ ☐ சகோதரி(கள்)

☐Sister(s) ☐How many? ___________ ☐What age(s)?___________ ☐Other ☐How many? __________	☐எத்தனை? ________ ☐என்ன வயது(கள்)? ________ ☐பிற ☐எத்தனை? ________
1.8 Does your child attend nursery or school? ☐No ☐My child is under 2 years of age ☐ We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school ☐I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place ☐Yes – *please give name of nursery or school* _________________________________	1.8உங்கள் குழந்தை பாலர் பள்ளி அல்லது பள்ளிக்குச் செல்கிறார்களா? ☐இல்லை ☐என் குழந்தையின் வயது 2 ஆண்டுகளுக்கும் கீழ் ☐ ஒரு இடத்தில் விண்ணப்பித்துள்ளோம் ஆனால் இன்னும் பாலர் பள்ளி/பள்ளியில் இடம் கிடைக்கவில்லை ☐பாலர் பள்ளி அல்லது பள்ளியில் விண்ணப்பிக்க எங்கே உதவி பெறலாம் என்பது குறித்து எனக்கு தகவல் தேவைப்படுகிறது ☐ஆம் - *பாலர் பள்ளி அல்லது பள்ளியின் பெயரைத் தரவும்* _________________________
Section two: Health questions	**பிரிவு இரண்டு: ஆரோக்கியம் சார்ந்த கேள்விகள்**
2.1 Do you have any concerns about your child? ☐No ☐Yes	2.1உங்கள் குழந்தை குறித்து உங்களுக்கு ஏதேனும் கவலைகள் உள்ளனவா? ☐இல்லை ☐ஆம்
2.2 Is your child currently unwell or ill? ☐No ☐Yes	2.2உங்கள் குழந்தை தற்போது உடல்நலமில்லாமல் அல்லது நோய்வாய்ப்பட்டு இருக்கிறார்களா? ☐இல்லை ☐ஆம்
2.3 Does your child need an urgent help for a health problem? ☐No ☐Yes	2.3உங்கள் குழந்தையின் ஆரோக்கியம் சார்ந்த பிரச்சனைக்கு உடனடி உதவி தேவையா? ☐இல்லை ☐ஆம்
2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply ☐Weight loss ☐Cough ☐Coughing up blood ☐Night sweats ☐Extreme tiredness ☐Breathing problems	2.4உங்கள் குழந்தைக்கு தற்போது கீழ்கண்ட அறிகுறிகளில் ஏதேனும் இருக்கிறதா? பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள் ☐எடை குறைதல் ☐இருமல் ☐இருமலில் ரத்தம் வருதல் ☐இரவில் வியர்த்தல் ☐அதீத சோர்வு ☐மூச்சு விடுதலில் சிக்கல்கள்

☐Fevers ☐Diarrhoea ☐Constipation ☐Skin complaints or rashes ☐Blood in their urine ☐Blood in their stool ☐Headache ☐Pain ☐Low mood ☐Anxiety ☐Distressing flashbacks or nightmares ☐Difficulty sleeping ☐Feeling that they want to harm themselves or give up on life ☐Other	☐காய்ச்சல் ☐வயிற்றுப்போக்கு ☐மலச்சிக்கல் ☐தோல் பிரச்சனைகள் அல்லது தடிப்புகள் ☐சிறுநீரில் ரத்தம் ☐மலத்தில் ரத்தம் ☐தலைவலி ☐வலி ☐விருப்பமின்மை ☐படபடப்பு ☐வேதனை தரும் பழையநினைவுகள் அல்லது கொடுங்கனவுகள் ☐தூக்கமின்மை ☐தங்களைத் துன்புறுத்த வேண்டும் அல்லது உயிரை விட வேண்டும் என்ற உணர்வு ☐பிற
2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)	2.5அவர்களுடைய தற்போதைய ஆரோக்கியம் சார்ந்த பிரச்சனை(கள்) உடலில் எந்தப் பகுதியில்(களில்) உள்ளது என்பதை உடல் படத்தில் குறியுங்கள்



2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)? ☐No	2.6 உங்கள் குழந்தை குறைப்பிரசவத்தில் பிறந்தவரா (கர்ப்பத்தின் 37 வாரங்கள்/8.5 மாதத்திற்கு முன்பு பிறந்தவர்)? ☐இல்லை

☐ Yes	☐ ஆம்
2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury? ☐ No ☐ Yes	2.7 பிறந்த உடனே உங்கள் குழந்தைக்கு ஆரோக்கியம் சார்ந்த பிரச்சனைகள் ஏதேனும் இருந்ததா உதாரணமாக மூச்சுவிடுதலில் சிக்கல், நோய்தொற்று, மூளையில் காயம்? ☐ இல்லை ☐ ஆம்
2.8 **New babies only (up to 3 months old):** Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)? ☐ No ☐ Yes	2.8 **பச்சிளம் குழந்தைகளுக்கு மட்டும்** (3 **மாதங்கள் வரை**): உங்கள் குழந்தை பிறந்து 6-8 வாரங்களில் ஒரு GP (மருத்துவர்) ஆல் உடல்நல பரிசோதனை நடத்தப்பட்டதா? ☐ இல்லை ☐ ஆம்
2.9 Does your child have any known health problems? ☐ No ☐ Yes	2.9 உங்கள் குழந்தைக்கு ஏதாவது ஆரோக்கிய கோளாறுகள் அறியப்பட்டுள்ளதா? ☐ இல்லை ☐ ஆம்

2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply
☐ Asthma
☐ Blood disorder
    ☐ Sickle cell anaemia
    ☐ Thalassaemia
☐ Cancer
☐ Dental problems
☐ Diabetes
☐ Epilepsy
☐ Eye problems
☐ Ears, nose or throat
☐ Heart problems
☐ Hepatitis B
☐ Hepatitis C
☐ HIV
☐ Kidney problems
☐ Liver problems
☐ Mental health problems
    ☐ Low mood/depression
    ☐ Anxiety
    ☐ Post-traumatic stress disorder (PTSD)
    ☐ Previously self-harmed
    ☐ Attempted suicide
    ☐ Other
☐ Skin disease
	2.10 உங்கள் குழந்தைக்கு கீழ்க்கண்டவற்றில் ஏதேனும் உள்ளதா? பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள்
	☐ ஆஸ்துமா
	☐ ரத்த சீர்குலைவு
	    ☐ அறிவாளனு ரத்த சோகை
	    ☐ குருதியழிவு சோகை
	☐ புற்றுநோய்
	☐ பல் பிரச்சனைகள்
	☐ நீரிழிவு நோய்
	☐ வலிப்பு நோய்
	☐ கண் பிரச்சனைகள்
	☐ காது, மூக்கு அல்லது தொண்டை
	☐ இதயப் பிரச்சனைகள்
	☐ ஹெபடைடிஸ் B
	☐ ஹெபடைடிஸ் C
	☐ HIV
	☐ சிறுநீரகப் பிரச்சனைகள்
	☐ கல்லீரல் பிரச்சனைகள்
	☐ மன நலப் பிரச்சனைகள்
	    ☐ விருப்பமின்மை/மன அழுத்தம்
	    ☐ படபடப்பு
	    ☐ அதிர்ச்சிகரமான சம்பவத்திற்குப் பிறகான மனஅழுத்த நோய் (PTSD)
	    ☐ இதற்கு முன்பு சுய-தீங்கு செய்திருத்தல்
	    ☐ தற்கொலை முயற்சி
	    ☐ பிற
	☐ தோல் நோய்
	☐ தைராய்டு நோய்
	☐ காசநோய் (TB)

☐Thyroid disease ☐Tuberculosis (TB) ☐Other	☐பிற
2.11 Has your child ever had any operations / surgery? ☐No ☐Yes	2.11 உங்கள் குழந்தைக்கு எப்பொழுதாவது அறுவைசிகிச்சைகள் செய்யப்பட்டதா? ☐இல்லை ☐ஆம்
2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture? ☐No ☐Yes	2.12 உங்கள் குழந்தைக்கு போர், போராட்டம் அல்லது சித்தரவதை காரணமாக ஏதாவது உடல் காயங்கள் இருக்கின்றனவா? ☐இல்லை ☐ஆம்
2.13 Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? ☐No ☐Yes	2.13 உங்கள் குழந்தைக்கு மன நல பிரச்சனைகள் இருக்கின்றனவா? போர், போராட்டம், சித்தரவதை அல்லது உங்கள் நாட்டை விட்டு வெளியேறச் செய்தது போன்றவற்றினால் இவை இருக்கலாமா? ☐இல்லை ☐ஆம்
2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? ☐No ☐Yes	2.14 உங்கள் குழந்தைக்கு உடல் குறைபாடு அல்லது நகர்தலில் சிக்கல்கள் ஏதேனும் உள்ளதா? ☐இல்லை ☐ஆம்
2.15 Does your child 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	2.15 உங்கள் குழந்தைக்கு உணர்வுத்திறன் குறைபாடு ஏதாவது உள்ளதா? பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் டிக் செய்யுங்கள் ☐இல்லை ☐பார்வையற்ற நிலை ☐பகுதி பார்வையிழப்பு ☐முழு செவித்திறன் இழப்பு ☐பகுதி செய்வித்திறன் இழப்பு ☐நுகர்தல் மற்றும்/அல்லது சுவை சிக்கல்கள்
2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? ☐No ☐Yes	2.16 உங்கள் குழந்தைக்கு கற்றல் குறைபாடு அல்லது நடத்தையில் பிரச்சனைகள் இருக்கிறதாக நீங்கள் நினைக்கிறீர்களா? ☐இல்லை ☐ஆம்
2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height? ☐No ☐Yes	2.17 உங்கள் குழந்தையின் வளர்ச்சி குறித்து, அதாவது அவர்களின் எடை/உயரம் குறித்து உங்களுக்கு கவலைகள் ஏதாவது இருக்கிறதா? ☐இல்லை ☐ஆம்

2.18 **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?

☐ No
☐ Yes

2.18 **கைக்குழந்தைகளுக்கு மட்டும்:** உங்கள் குழந்தை பாலுண்ணுவதில் ஏதாவது பிரச்சனைகள் இருக்கின்றனவா, உதாரணமாக வாந்தியெடுத்தல், எதுக்களித்தல், பாலை மறுத்தல்?

☐ இல்லை
☐ ஆம்

2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?

☐ Asthma
☐ Cancer
☐ Depression/Mental health illness
☐ Diabetes
☐ Heart attack
☐ Hepatitis B
☐ High blood pressure
☐ HIV
☐ Learning difficulties
☐ Stroke
☐ Tuberculosis (TB)
☐ Other

2.19 உங்கள் குழந்தையின் நெருங்கிய சொந்தத்தில் (அப்பா, அம்மா, சகோதரர், சகோதரி மற்றும் தாத்தா பாட்டி) யாரேனும் கீழ்கண்டவற்றால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறார்களா?

☐ ஆஸ்துமா
☐ புற்றுநோய்
☐ மன அழுத்தம்/மனநல நோய்
☐ நீரிழிவு நோய்
☐ மாரடைப்பு
☐ ஹெபடைடிஸ் B
☐ உயர் ரத்த அழுத்தம்
☐ HIV
☐ கற்றல் குறைபாடுகள்
☐ பக்கவாதம்
☐ காசநோய் (TB)
☐ பிற

2.20 Is your child on any prescribed medicines?

☐ No
☐ Yes –*please list your child's prescribed medicines and doses in the box below*

Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment

Name	*Dose*

2.20 பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்துகள் எவையேனும் உங்கள் குழந்தை எடுத்துக்கொள்கிறாரா?

☐ இல்லை
☐ ஆம் - *கீழே உள்ள பெட்டியில் உங்கள் குழந்தைக்குப் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்துகள் மற்றும் அதன் அளவுகளைப் பட்டியலிடவும்*

உங்கள் குழந்தையின் நேர நியமனத்திற்கு மருந்துப் பரிந்துரைகள் அல்லது மருந்துகளைக் கொண்டு வரவும்

பெயர்	*மருந்தின் அளவு*

2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?

☐ No
☐ Yes

2.21 அடுத்த சில வாரங்களில் இந்த மருந்துகள் எவையேனும் தீர்ந்து விடும் என்று கவலைப்படுகிறீர்களா?

☐ இல்லை
☐ ஆம்

2.22 Does your child 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 medicines to your child’s appointment

Name	*Dose*

2.22 ஒரு சுகாதார நிபுணர் பரிந்துரைக்காத மருந்துகள் எவையேனும் உங்கள் குழந்தை எடுத்துக்கொள்கிறாரா, உதாரணமாக மருந்துக்கடை/கடை/இணையத்தில் நீங்கள் வாங்கிய மருந்துகள் அல்லது வெளிநாட்டில் இருந்து தருவிக்கப்பட்டவை?

☐ இல்லை
☐ ஆம் - *கீழே உள்ள பெட்டியில் மருந்துகள் மற்றும் அளவுகளைப் பட்டியலிடவும்*

உங்கள் குழந்தையின் நேர நியமனத்திற்கு மருந்துகளைக் கொண்டு வரவும்

பெயர்	*மருந்தின் அளவு*

2.23 Does your child have allergy to any medicines?

☐ No
☐ Yes

2.23 ஏதேனும் மருந்துகள் உங்கள் குழந்தைக்கு ஒவ்வாமை ஏற்படுத்துமா?

☐ இல்லை
☐ ஆம்

2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?

☐ No
☐ Yes

2.24 வேறு ஏதாவது உங்கள் குழந்தைக்கு ஒவ்வாமை ஏற்படுத்துமா? (உதாரணமாக உணவு, பூச்சிக்கடி, லேடக்ஸ் கையுறைகள்)?

☐ இல்லை
☐ ஆம்

Section three: Vaccinations	பிரிவு மூன்று: தடுப்பூசிகள்
3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age? ***If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.*** ☐No ☐Yes ☐I don't know	3.1உங்கள் குழந்தை பிறந்த நாட்டில் அவரது வயதிற்கு வழங்கப்பட அனைத்து குழந்தைப்பருவ தடுப்பூசிகளும் அவருக்கு வழங்கப்பட்டதா? ***தடுப்பூசி வரலாறு குறித்த மருத்துவப்பதிவு இருந்தால் அதை உங்கள் நேர நியமனத்திற்குக் கொண்டு வாருங்கள்.*** ☐இல்லை ☐ஆம் ☐எனக்குத் தெரியவில்லை
3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)? ☐No ☐Yes ☐I don't know	3.2காசநோயிற்கு (TB) எதிராக உங்கள் குழந்தைக்குத் தடுப்பூசி போடப்பட்டதா? ☐இல்லை ☐ஆம் ☐எனக்குத் தெரியவில்லை
3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19? ☐No ☐Yes ☐1 dose ☐2 doses ☐3 doses ☐More than 3 doses ☐I don't know	3.3கோவிட்-19 (COVID-19)க்கு எதிராக உங்கள் குழந்தைக்குத் தடுப்பூசி போடப்பட்டதா? ☐இல்லை ☐ஆம் ☐1 டோஸ் ☐2 டோஸ்கள் ☐3 டோஸ்கள் ☐3 டோஸ்களுக்கும் அதிகம் ☐எனக்குத் தெரியவில்லை
If there is something relating to your child's health 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 உங்கள் குழந்தைக்கு இருந்து அதை உங்கள் மருத்துவரிடம் கலந்தாலோசிக்க விரும்பினால், உங்கள் GP ஐ அழைத்து நேர நியமனம் ஒன்றைப் பதிவு செய்யவும்.