

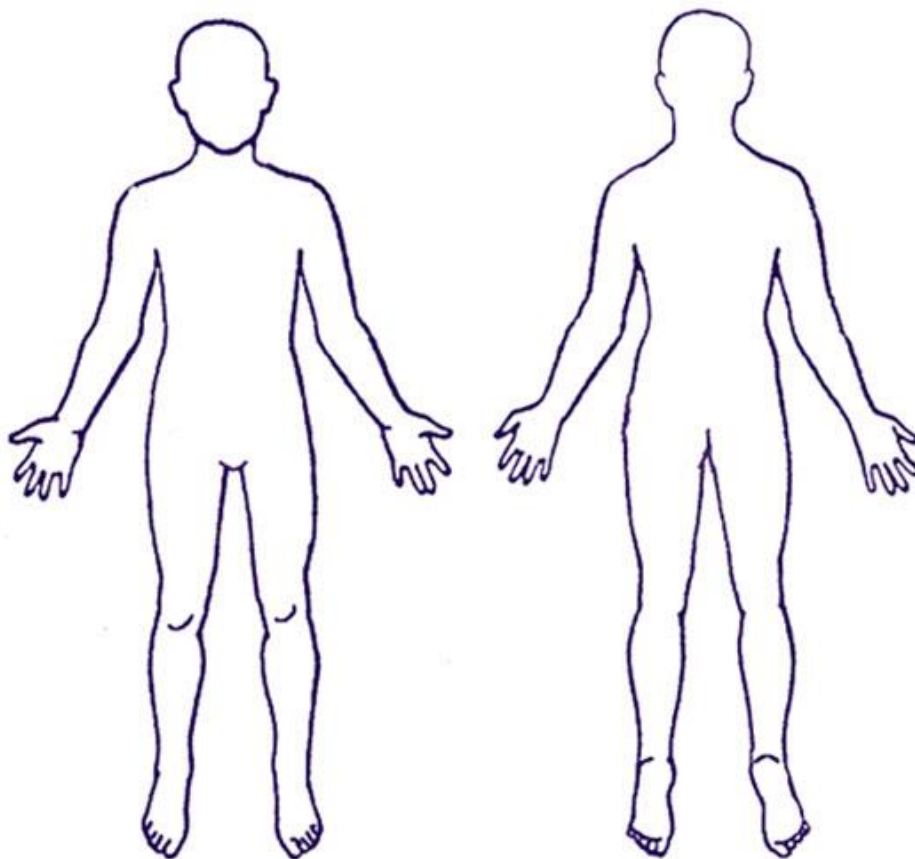
English	Kurdish (Sorani) ئینگلیزی
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p> <p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p>This questionnaire is to collect information about 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.</p> <p>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.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p>پرسیار نامە ی نوێی نەخۆش بو ئەو کۆچبەرانی تازە هاتوونەتە بەریتانیا</p> <p>هەموو کەسێک مافی ئەوەی هەیه ناوی خۆی تۆمار بکات لە پزیشکی گشتی. بۆ تۆمار کردن لە پزیشکی گشتی پێویستت بە بەلگە ی ناو نیشان، دۆخی کۆچبەری، ناسنامە یان ژمارە ی NHS نییە.</p> <p>ئەم پرسیار نامە یە بۆ کۆکردنەوێ زانیارییە دەر بەرە ی تەندروستی تۆ بۆ ئەوە ی پێشەبەهکانی تەندروستی لە پزیشکی گشتی تۆ بتوانن لەو تێبگەن کە رەنگە پێویستت بە چ پشنگیری بیهک، چارەسەر کردن و خزمەتگوزارییە پشپۆرییەکان بێت بە پێی سیاسەتەکانی نەهێنی و هاو بەشکردنی زانیارییەکانی خزمەتگوزاری تەندروستی نیشتمانی.</p> <p>پزیشکی گشتی تۆ هیچ زانیارییە ناکرا ناکات کە تۆ بۆ مەبەستی تر جگە لە چاودەبیری راستەوخۆت پێشکەشی دەکەیت مەگەر: تۆ زامەندیت هەبووبێت (بۆ نمونە بۆ پشنگیری یکردنی توێژینەوێ پزیشکی)؛ یان بە پێی یاسا پێویستە ئەو بەکەن (بۆ نمونە بۆ پاراستنی کەسانی دیکە لە زانیاریی گەرە)؛ یان لە بەر ئەوە ی بەر ژەوندی بیهکی گشتی سەرەکی هەیه (بۆ نمونە تۆ بە دەست نەخۆشییەکی درمیەو دەتانییت). زانیاری زیاتر سەبارەت بەوە ی کە چۆن پزیشکی گشتی زانیاری بکانت بەکار دەهێنیت لە پزیشکی گشتی تۆوە دەست دەکەوێت.</p> <p>و ئەمە کانت بگەرێنەر وە بۆ پزیشکی گشتی.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>بەشی یەکەم: وردەکاری کەسی</p>
<p>Full name:</p>	<p>ناوی تەواو:</p>
<p>Address:</p>	<p>ناو نیشان:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>ژمارە تەلەفۆن:</p>
<p>Email address:</p>	<p>ناو نیشانی ئیمەیل:</p>

<p>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</p>	<p>تکایه هموو پرسیارهکان پریکهروهه و هموو نهو وهلامانه تیک بکه که نیوه دهگریتهوه.</p>
<p>1.1 Date questionnaire completed:</p>	<p>1.1 بهرواری پرکردنهوهی پرسیارنامهکه:</p>
<p>1.2 Which of the following best describes you?</p> <p><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.2 کام لهمانههی خواروه باشتترین وهسفت دهکات؟</p> <p><input type="checkbox"/> نیر <input type="checkbox"/> می <input type="checkbox"/> هی تر <input type="checkbox"/> پیتم باشه نهپیتم</p>
<p>1.3 Is this the same gender you were given at birth?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.3 نایا نهمه ههمان نهو رهگزهپه که له کاتی لهدایکیبوندا پیتم دراوه؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلی <input type="checkbox"/> پیتم باشه نهپیتم</p>
<p>1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____</p>	<p>1.4 بهرواری له دایکیبون: بهروار _____ مانگ _____ سال _____</p>
<p>1.5 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion</p>	<p>1.5 ناین:</p> <p><input type="checkbox"/> بودی <input type="checkbox"/> کریستیان <input type="checkbox"/> هیندو <input type="checkbox"/> جولکه <input type="checkbox"/> ئیسلام <input type="checkbox"/> سیخ <input type="checkbox"/> دینی تر <input type="checkbox"/> بی دین</p>
<p>1.6 Marital status:</p> <p><input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above</p>	<p>1.6 باری خیزانی:</p> <p><input type="checkbox"/> خیزاندار/هاوبهشی مهدهنی <input type="checkbox"/> تهلاقدر او <input type="checkbox"/> بیوژن <input type="checkbox"/> هیچ یهکیک لهوانههی سهروهه</p>
<p>1.7 Sexual Orientation:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex) <input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex) <input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females)</p>	<p>1.7 ناراستههی سیکسی:</p> <p><input type="checkbox"/> هینتر و سیکسوال (راکیشانی رهگزی بهرامبر) <input type="checkbox"/> هاور رهگز باز (راکیشانی هاور رهگز باز) <input type="checkbox"/> دوور رهگز (سهرنجر اکیشی بو نیر و می) <input type="checkbox"/> پیتم باشه نهپیتم <input type="checkbox"/> هی تر</p>

<input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	
<p>1.8 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other	<p>1.8 زمانی سمره کی قسه کردن:</p> <p><input type="checkbox"/> ئهلبانی <input type="checkbox"/> عبره بی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/> ئینگلیزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> هی تر</p>
<p>1.9 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	<p>1.9 زمانی دووه می قسه کردن:</p> <p><input type="checkbox"/> ئهلبانی <input type="checkbox"/> عبره بی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/> ئینگلیزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> هی تر</p>
<p>1.10 Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.10 نایا و مرگیزی زارمکیت پیویسته؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلی</p>
<p>1.11 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. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind</p>	<p>1.11 و مرگیزی نیر یان می پی باشتره؟ تکایه ناگدار به که بهر دستبونی و مرگیزی زارمکی لهوانه به بهو مانایه بیت که همیشه ناتوانیت به ناره زوی خوت جیبه جی بکرت. <input type="checkbox"/> نیر <input type="checkbox"/> می <input type="checkbox"/> گوئی نادمی</p>
<p>1.12 Are you able to read in your own language? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading</p>	<p>1.12 نایا توانای خویندنهوت هیه به زمانی خوت؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلی <input type="checkbox"/> خویندنهوت بهز محمهته</p>
<p>1.13 Are you able to write in your own language? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing</p>	<p>1.13 نایا توانای نو سینت هیه به زمانی خوت؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلی <input type="checkbox"/> بهز محمهت نو سینم هیه</p>
<p>1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.14 نایا پیویستت به پشتگیری زمانی نیشارهت هیه؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بهلی</p>

<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p>	<p>1.15 تکایه ورده کاربیهکانی خزم و/یان کسٹیک بده که دهتوانین پهپوهندی پیوه بکهین له حالتهتی ناناساییدا:</p>				
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="146 340 434 929"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="440 340 804 929"> <p><u>Next of kin</u></p> </td> </tr> </table>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="826 318 1114 855"> <p>ناو:</p> <p>ژماره ی تلهفونی پهپوهندی:</p> <p>ناونیشان:</p> </td> <td data-bbox="1120 318 1482 855"> <p><u>خزم و کسې نژیک</u></p> </td> </tr> </table>	<p>ناو:</p> <p>ژماره ی تلهفونی پهپوهندی:</p> <p>ناونیشان:</p>	<p><u>خزم و کسې نژیک</u></p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>				
<p>ناو:</p> <p>ژماره ی تلهفونی پهپوهندی:</p> <p>ناونیشان:</p>	<p><u>خزم و کسې نژیک</u></p>				
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="146 949 434 1518"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="440 949 804 1518"> <p>Emergency contact (if different)</p> </td> </tr> </table>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="826 864 1114 1406"> <p>ناو:</p> <p>ژماره ی تلهفونی پهپوهندی:</p> <p>ناونیشان:</p> </td> <td data-bbox="1120 864 1482 1406"> <p>پهپوهندی فریاگوزاری (نهگر جیاواز بیت)</p> </td> </tr> </table>	<p>ناو:</p> <p>ژماره ی تلهفونی پهپوهندی:</p> <p>ناونیشان:</p>	<p>پهپوهندی فریاگوزاری (نهگر جیاواز بیت)</p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>				
<p>ناو:</p> <p>ژماره ی تلهفونی پهپوهندی:</p> <p>ناونیشان:</p>	<p>پهپوهندی فریاگوزاری (نهگر جیاواز بیت)</p>				
<p>Section two: Health questions</p>	<p>بهشی دوهم: پرسپاره تهنروستییهکان</p>				
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 نایا له نیستادا ههست به ناخوشی یان نهخوشی ده کهیت؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخیر</p> <p><input type="checkbox"/> بهلی</p>				
<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 نایا پیویستت به یارمتهتیبهکی بهپلهیه بو کیشهی تهنروستی؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخیر</p> <p><input type="checkbox"/> بهلی</p>				
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p>	<p>2.3 نایا له نیستادا هیچ کام لهم نیشانانهی خوارهوت ههیه؟ تکایه ههموو لهو شتانه تیک بکهین که پهپوهندی بیان پیوهیه</p>				

<input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats <input type="checkbox"/> Extreme tiredness <input type="checkbox"/> Breathing problems <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in your urine <input type="checkbox"/> Blood in your stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions <input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> کتیش دابیراندن <input type="checkbox"/> کۆکه <input type="checkbox"/> کۆکه تا ناستی خوینهاتن <input type="checkbox"/> نارهقهی شهوانه <input type="checkbox"/> هیلاکی لهرادهبهدر <input type="checkbox"/> کیشهی ههناسه <input type="checkbox"/> تا <input type="checkbox"/> سکچوون <input type="checkbox"/> نهخۆشی پێست یان پهلهی پێست <input type="checkbox"/> خوینی ناو میز <input type="checkbox"/> خوین له پیساییهکهتدا <input type="checkbox"/> سهرنیشه <input type="checkbox"/> نازار <input type="checkbox"/> باری دهروونی نزم <input type="checkbox"/> قهلهقی <input type="checkbox"/> فلاشباکی دلتەزین یان کابوس <input type="checkbox"/> قورسی خهولیکهوتن <input type="checkbox"/> ههستکردن بهوهی که ناتوانیت کۆنترۆلی <input type="checkbox"/> بێرکردنهوه و کردارمکانت بکهیت <input type="checkbox"/> ههستکردن بهوهی که دهتهویت زیان به خۆت <input type="checkbox"/> بگهیهنیت یان واز له ژیان بهینیت <input type="checkbox"/> هی تر
<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>	<p>2.4 تکایه لهسهڕ وینهی جهستهت نهو ناوچهیه نیشانه بکه که تووشی کیشه تهنروسنیهکانی ئیستات بوویت</p>



<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.5 نایا هیچ کیشیهیکی تهنروستی ناسراوت ههیه که بهردهوامه؟</p> <p>نهخیر <input type="checkbox"/></p> <p>بهلی <input type="checkbox"/></p>
<p>2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Blood disorder</p> <p><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Dental problems</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Eye problems</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV or AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p>	<p>2.6 نایا هیچ کام لهمانهیی خواروهوت ههیه یان ههبووه؟ تکایه ههموو نهو شتانه نیک بکهن که پهیوهندیان پیوهیه</p> <p>ههوکردنی جومگهکان <input type="checkbox"/></p> <p>رهبق <input type="checkbox"/></p> <p>ناریکی خوین <input type="checkbox"/></p> <p>کهمخوینی خانهی داسکی <input type="checkbox"/></p> <p>تالاسیما <input type="checkbox"/></p> <p>شیر پهنجه <input type="checkbox"/></p> <p>کیشهی دان <input type="checkbox"/></p> <p>شکره <input type="checkbox"/></p> <p>نهخوشی سهرنیشه <input type="checkbox"/></p> <p>کیشهکانی چاو <input type="checkbox"/></p> <p>کیشهکانی دل <input type="checkbox"/></p> <p>ههوکردنی جگر جوری بی <input type="checkbox"/></p> <p>ههوکردنی جگر جوری سی <input type="checkbox"/></p> <p>نیچ نای فی یاخود نایدز <input type="checkbox"/></p> <p>پهستانی بهرزی خوین <input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <input type="checkbox"/> Mental health problems <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> كېشەى گورچېلە <input type="checkbox"/> كېشەى جگر <input type="checkbox"/> كېشەى درېزخايەنى سىيەكان/كېشەى ھەناسەدان <input type="checkbox"/> كېشەى تەندروستى دەروونى <input type="checkbox"/> كەمى بارى دەروونى/خەمۆكى <input type="checkbox"/> قەلەقى <input type="checkbox"/> نەخۆشى فشارى دەروونى دواى <input type="checkbox"/> كارەسات (PTSD) <input type="checkbox"/> پېشتر زيان بە خۆى گەياندووه <input type="checkbox"/> ھەولدانى خۆكۆزى <input type="checkbox"/> ھى تر <input type="checkbox"/> پووكانەوھى ئېسك <input type="checkbox"/> كېشەى پېست <input type="checkbox"/> جەلدە <input type="checkbox"/> نەخۆشى غودەى دەرهقى <input type="checkbox"/> سىل (سىل) <input type="checkbox"/> ھى تر
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 تا ئېستا ھېچ نەشتەرگەرىيەك / نەشتەرگەرىت بۇ كراوہ؟</p> <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى
<p>2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this?</p> <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago <input type="checkbox"/> Over 3 years ago	<p>2.8 نەگەر نەشتەرگەرى / نەشتەرگەرىت بۇ كراوہ، چەند سال لەمەوبەر ئەمە بووہ؟</p> <input type="checkbox"/> لە 12 مانگى پېشووتردا <input type="checkbox"/> 1 - 3 سال بەر ئېستا <input type="checkbox"/> زياتر لە 3 سال بەر ئېستا
<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.9 ئايا ھېچ برىنكى جەستەيتان ھەيە بەھۆى شەر، مەملانى يان ئەشكەنجەدان؟</p> <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى
<p>2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.10 ئايا ھېچ كېشەيەكى تەندروستى دەروونىت ھەيە؟ ئەمانە دەتوانن لە شەر، مەملانى، ئەشكەنجەدان يان ناچار بوون بە ھەلھاتن لە ولاتەكەتەوہ بن؟</p> <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى
<p>2.11 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</p>	<p>2.11 ھەندىك كېشەى پزىشكى دەتوانىت لە خىزانەكاندا بەرپوہبجىت. ئايا ئەندامىكى خىزانى نرىكت (باوك، دايك، خوشك و برا و باپىر) تووشى ھېچ كام لەمانەى خوارەوہ بووہ يان تووشى بووہ؟ تكايە ھەموو ئەو شتانە تىك بكن كە پەيوەندىيان پئوہيە</p> <input type="checkbox"/> شىر پەنجە

<input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> شەكرە <input type="checkbox"/> خەمۆكى/نەخۆشى تەندروستى دەروونى <input type="checkbox"/> جەلدەى دىل <input type="checkbox"/> پەستانى بەرزى خوين <input type="checkbox"/> جەلدە <input type="checkbox"/> ھى تر								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list your prescribed medicines and doses in the box below Please bring any prescriptions or medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="148 745 775 1115"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 ئايا تۆ ھېچ جۆرە دەرماتىك دەخۆيت؟ <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى -- تىكايە لىستىيان بىكە دەرمانە نوسراومكانت و دەرزىيەكان لەو بۆكسەى خوارمۇدا تىكايە ھەر رەجەتەيەك يان دەرماتىك ھەيە لەگەل خۆتى بەينە بۆ چاوپىكەوتتەكەت</p> <table border="1" data-bbox="826 745 1453 1115"> <thead> <tr> <th>ناو</th> <th>ژەم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ناو	ژەم		
Name	Dose								
ناو	ژەم								
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 ئايا نىگىرانى تەواوبونى ھېچ ئەم دەرمانانە لە چەند ھەفتەى داھاتوودا؟ <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى</p>								
<p>2.14 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="148 1742 775 2038"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 ئايا ھېچ دەرماتىك دەخۆيت كە لەلايەن كەستىكى پىسپورى تەندروستىيەو بۆت نەنوسراوہ بۆ نمونە ئەو دەرمانانەى كە لە دەرمانخانە/دوكان/لە نىنتەرنىت كرىوتە يان لە دەرەوہى ولاتەوہ گەياندووتە؟ <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى -- تىكايە دەرمان و ژەمە دەرمانەكان لەم بۆكسەى خوارمۇدا بنوسە تىكايە ھەر جۆرە دەرماتىك بەينە بۆ چاوپىكەوتتەكەت</p> <table border="1" data-bbox="826 1709 1453 2038"> <thead> <tr> <th>ناو</th> <th>ژەم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ناو	ژەم		
Name	Dose								
ناو	ژەم								

2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15 ئايا تۇ حساسىتت ھەيە بە ھەر دەرمانىك؟ نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى <input type="checkbox"/>		
2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16 ئايا تۇ حساسىتت ھەيە بۇ ھىچ شىئىكى تر؟ (بۇ نمونه خواردن، پىئودانى مېروو، دەستكىشى لاتەكس)؟ نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى <input type="checkbox"/>		
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 ئايا ھىچ كەمئەندامىيەكى جەستەيى يان كىشەي جولەت ھەيە؟ نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى <input type="checkbox"/>		
2.18 Do you have any sensory impairments? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems	2.18 ئايا ھىچ تىكچوونىكى ھەستكر دنت ھەيە؟ تكايە ھەموو ئەر شتانه تىك بكمەن كە پەيئەندىيان پىئەيە نەخىر <input type="checkbox"/> كوئربوون <input type="checkbox"/> لەدەستدانى نىوہى بىنن <input type="checkbox"/> لەدەستدانى تەواوى بىنن <input type="checkbox"/> لەدەستدانى نىوہى گوئكرتن <input type="checkbox"/> كىشەي بۇن/ياخود تام <input type="checkbox"/>		
2.19 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19 ئايا ھىچ قورسىيەك ھەيە لە فېربوون؟ نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى <input type="checkbox"/>		
2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.20 ئايا ھىچ بابەتتىكى تايبەتى تايبەت ھەيە كە ھەز دەكەيت لە چاوپىكەوتنى داھاتوودا لەگەل پىپۆرىكى چاودەئىرى تەندروستى باسى بكەيت/ وروژىننەتوہ؟ نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى <input type="checkbox"/>		
Section three: Lifestyle questions	بەشى سىيەم: پىسپارەكانى شىوازى ژيان		
3.1 How often do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Monthly or less	3.1 چەند جار مەي دەخۆيتەوہ؟ ھەرگىز <input type="checkbox"/> مانگانە ياخود كەمتر <input type="checkbox"/>		

<p> <input type="checkbox"/> 2-4 times per month <input type="checkbox"/> 2-3 times per week <input type="checkbox"/> 4 or more times per week </p> <p>There is 1 unit of alcohol in:</p> <p> 1/2 pint glass of beer</p> <p> 1 small glass of wine</p> <p> 1 single measure of spirits</p>	<p> <input type="checkbox"/> 4-2 جار له مانگيڳدا <input type="checkbox"/> 3-2 جار له مانگيڳدا <input type="checkbox"/> 4 جار يان زياتر له ههفته يه ڪڍا </p> <p>تہنہا 1 يهڪه مہی ھەيہ لہ:</p> <p> 1/2 پيرداخيكي پينت بيره</p> <p> 1 پيرداخي بچووك شراب</p> <p> 1 پيوانه ي تہنہا بو خوار دنہوہ روحيہ کان</p>
<p>a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p> <input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 or more </p>	<p>a. لہ روژيکي ناساييدا چہند يهڪه ڪحول دمخوئتہوہ ڪاتنيڪ دمخوئتہوہ؟</p> <p> <input type="checkbox"/> 2-0 <input type="checkbox"/> 4-3 <input type="checkbox"/> 6-5 <input type="checkbox"/> 9-7 <input type="checkbox"/> 10 يان زياتر </p>
<p>b. 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?</p> <p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Less than monthly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily </p>	<p>b. چہند جار لہ سالي رابر دوڍا لہ يهڪ بؤنہدا 6 يهڪه يان زياتر ت ھہبووہ نھگہر مئ بوويت، يان 8 يان زياتر نھگہر نئير بوويت؟</p> <p> <input type="checkbox"/> ھەرگيز <input type="checkbox"/> ڪہمتر لہ مانگانہ <input type="checkbox"/> مانگانہ <input type="checkbox"/> ھہفتانہ <input type="checkbox"/> روژانہ يا خود بہنزيڪه يي روژانہ </p>
<p>c. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p>	<p>c. ٺايا ھيچ دمر ماننيڪ دمخوئت ڪہ زيان بہ تہندروستي تو بگہيہنيت بو نمونہ. ھشيش، ڪوڪاين، ھيروين؟</p>

<input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> هەرگیز <input type="checkbox"/> وازم له خواردنی ئەو دەرمانانە هیناوە کە ڕەنگە زیانیان پێ بگەیەنێت <input type="checkbox"/> بەڵێ
<p>d. Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____	<p>d. جگەرە دەکشیت؟</p> <input type="checkbox"/> هەرگیز <input type="checkbox"/> وازم له جگەرە هیناوە <input type="checkbox"/> بەڵێ <input type="checkbox"/> جگەرە چەند دانە لە ڕۆژێکدا؟ _____
<p>e. Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Tobacco Would you like help to stop smoking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>e. ئایا توتن دەجویت؟</p> <input type="checkbox"/> هەرگیز <input type="checkbox"/> وازم کە وجینی توتن هیناوە <input type="checkbox"/> بەڵێ <input type="checkbox"/> تۆباکو ئایا حەز دەکەیت یارمەتیت هەبێت بۆ واز هێنان لە جگەرەکشان؟ <input type="checkbox"/> بەڵێ <input type="checkbox"/> نەخیر
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>بەشی چوار: فاکسینکردن</p>
<p>4.1 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.</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 ئایا هەموو ئەو کوتانانەی منداڵیت هەبوو کە لە ولاتی ڕەسەنتدا پیشکەش دەکەن؟ ئەگەر تۆمارێکی مێرووی کوتانەکەت هەیە تکایە ئەمە بەهێنە بۆ چاوپێکەوتنەکەت.</p> <input type="checkbox"/> نەخیر <input type="checkbox"/> بەڵێ <input type="checkbox"/> نازانم
<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.2 ئایا کوتانی دژە سیل (سیل)ت بۆ کراوە؟</p> <input type="checkbox"/> نەخیر <input type="checkbox"/> بەڵێ <input type="checkbox"/> نازانم

<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.3 ئايا كوتانى قايرۆسى كۆفېد-19 ت بۆ كراوه؟</p> <p>نهخىر <input type="checkbox"/></p> <p>بهلى <input type="checkbox"/></p> <p>1 ژم <input type="checkbox"/></p> <p>2 ژم <input type="checkbox"/></p> <p>3 ژم <input type="checkbox"/></p> <p>زياتر له 3 ژم <input type="checkbox"/></p> <p>نازانم <input type="checkbox"/></p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>بهشى پىنج: پرسىار تهنها بۆ رهگهزى ميه</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> I might be pregnant</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 ئايا تو دووگيانى؟</p> <p>نهخىر <input type="checkbox"/></p> <p>رهنگه من دووگيان بم <input type="checkbox"/></p> <p>بهلى <input type="checkbox"/></p> <p>تو چهند ههفتهيه دووگيانيت؟ _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>What method do you use?</p> <p><input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel</p> <p><input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p> <p><input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2 ئايا ريگرى له دووگيانى بهكاردههينيت؟</p> <p>نهخىر <input type="checkbox"/></p> <p>بهلى <input type="checkbox"/></p> <p>چ شيوازيك بهكار دههينيت؟</p> <p><input type="checkbox"/> بهر بهستى ريگر يكردن له دووگيانى بۆ نمونه كۆندۆم، جيل</p> <p><input type="checkbox"/> حهبي ريگرى كردن له دهمهوه</p> <p><input type="checkbox"/> كويل كۆپەر/ناميزى ناو مندالدان (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> كويله هۆرمونيهكان/سيستههى ناو مندالدان (IUS) بۆ نمونه ميرينا</p> <p><input type="checkbox"/> دهرزى ريگرى له دووگيانى</p> <p><input type="checkbox"/> چاندنى ريگرى له دووگيانى</p> <p><input type="checkbox"/> هى تر</p>
<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.3 ئايا بهپهله پيوستت به هيچ ريگر بيهكى دووگيانى ههيه؟</p> <p>نهخىر <input type="checkbox"/></p> <p>بهلى <input type="checkbox"/></p>
<p>5.4 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.</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.4 ئايا تا ئىستا پشكنينى لئيدانى ملى رحم يان پشكنينى لئيدانى ملى رحم كردهوه؟ ئەمەش پشكنينيكه بۆ پشكنينى تهندروستى ملى رحم و يارمهتى خۆپاراستن له شير پهنجهه ملى رحم.</p> <p>نهخىر <input type="checkbox"/></p> <p>بهلى <input type="checkbox"/></p> <p>حهز دهكهم زانيارى زياترم پى بدرت <input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/> I would like to be given more information	
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.5 ئايا نەشتەرگەرى لاپردنى منداڧدان و مىلى رەمەت كىردۇو؟</p> <p>نەخىر <input type="checkbox"/></p> <p>بەلى <input type="checkbox"/></p>
<p>5.6 As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.6 ۋەك نەخۋشنىكى مېنىنە ئايا ھىچ بابەتنىكى تاپبەتى تاپبەت ھەيە كە ھەز دەكەيت لە چاۋپىكەوتنى داھاتوودا لەگەل پىشەيى چاۋدەئىرى تەندروستى باسى بىكەيت/بوروژىنپتەو؟</p> <p>نەخىر <input type="checkbox"/></p> <p>بەلى <input type="checkbox"/></p>
<p>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.</p>	<p>ئەگەر شىتنىك ھەيە كە ھەست بە ئاسوودەيى ناكەيت لەم فۇرمەدا بەشدارى بىكەيت و دەتەۋىت لەگەل پىشكىك باسى بىكەيت، تىكايە پەيوەندى بە پىشكىكى گىشتىەو بەكە و كاتىك بۇ چاۋپىكەوتن ھىز بەكە.</p>