

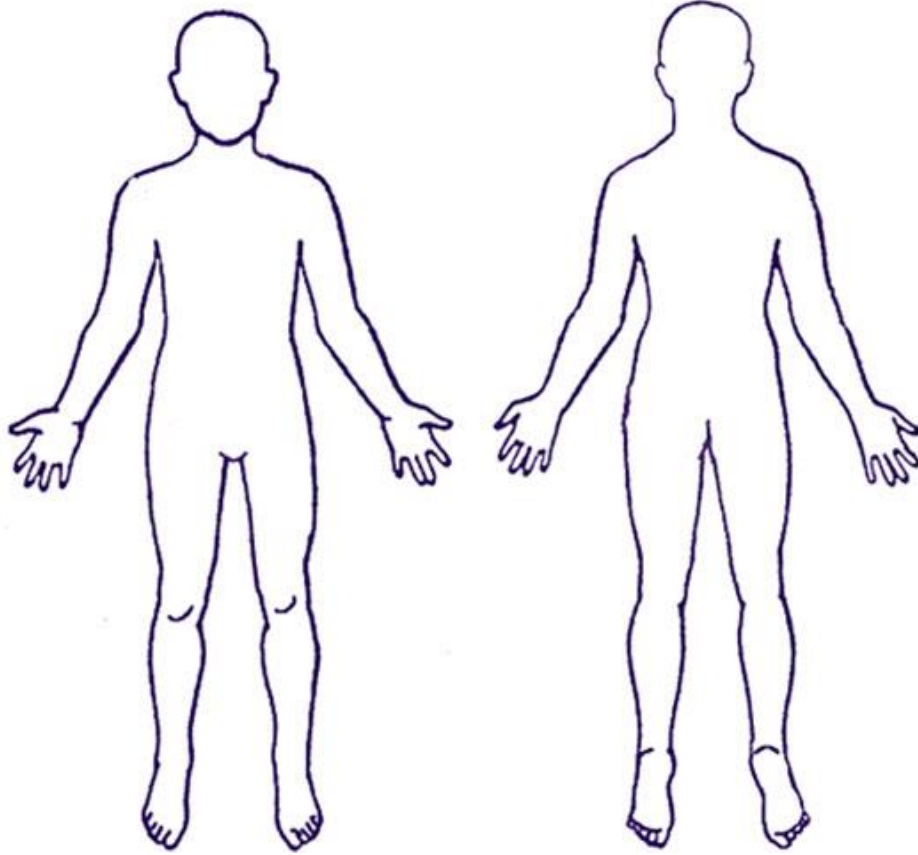
English	Pashto / انگریزي
<p><b>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</b></p> <p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p>This questionnaire is to collect information about 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>انگلستان ته د نویو راغلي مهاجرینو لپاره د ناروغی نوي پوښتنلیک</p> <p>هر څوک حق لري چې د GP سره راجسټر شي. تاسو د GP سره د راجسټر کیدو لپاره د ادرس ثبوت، د مهاجريت وضعيت، ID يا NHS شمیرې ته اړتیا نلری.</p> <p>دا پوښتنلیک ستاسو د روغتیا په اړه د معلوماتو راټولولو لپاره دی ترڅو ستاسو د GP په تمرین کې روغتیایی مسلکي پوه شي چې تاسو د ملي روغتیا خدماتو محرمیت او د معلوماتو شریکولو پالیسیو سره سم کوم ملاتړ، درملنه او متخصص خدمتونه ترلاسه کولی شی.</p> <p>ستاسو GP به ستاسو د مستقیم پاملرنې پرته د نورو موخو لپاره کوم معلومات چې تاسو یې چمتو کوئ ښکاره نه کړي مگر دا چې: تاسو رضامندی نه وي ورکړی (د بیلگې په توګه د طبي څیړنې ملاتړ کول)؛ یا دوی اړ دي چې د قانون له مخې دا کار وکړي (د بیلگې په توګه د نورو خلکو د جدي زیان څخه ساتنه)؛ یا د دې لپاره چې د عامه کټو زیرمه شتون ولري (د بیلگې په توګه تاسو په ساري ناروغی اخته یاست). د دې په اړه نور معلومات چې ستاسو GP به ستاسو معلومات څنګه کاروي ستاسو د GP تمرین څخه شتون لري.</p> <p>خپل ځوابونه خپل GP تمرین ته ورکړي.</p>
<p><b>Section one: Personal details</b></p>	<p>لومړۍ برخه: شخصي توضیحات</p>
<p>Full name:</p>	<p>پورا نوم:</p>
<p>Address:</p>	<p>درس:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>تیلیفون نمبر:</p>
<p>Email address:</p>	<p>ای میل ادرس:</p>

<p><b>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</b></p>	<p>مهرباني وکړئ ټولې پوښتنې ډکې کړئ او ټول ځوابونه په نښه کړئ چې تاسو یې پلي کوئ.</p>
<p>1.1 Date questionnaire completed:</p>	<p>1.1 د پوښتنلیک بشپړیدو نیټه:</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 له لاندې څخه کوم یو ستاسو ښه تشریح کوي؟</p> <p><input type="checkbox"/> نارینه  <input type="checkbox"/> ښځینه  <input type="checkbox"/> نور  <input type="checkbox"/> نه ویل غوره کوم</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 ایا دا هم هغه جنسیت دی چې تاسو ته د زیږون پر مهال درکړل شوي؟</p> <p><input type="checkbox"/> نه  <input type="checkbox"/> هو  <input type="checkbox"/> نه ویل غوره کوم</p>
<p>1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____</p>	<p>1.4 د زیږون نیټه: نیټه _____ میاشت _____ کال _____</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 مذهب:</p> <p><input type="checkbox"/> بودايي  <input type="checkbox"/> عیسائي  <input type="checkbox"/> هندو  <input type="checkbox"/> یهودي  <input type="checkbox"/> مسلمان  <input type="checkbox"/> سکھ  <input type="checkbox"/> بل مذهب  <input type="checkbox"/> مذهب نه لرم</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 ازدواجی حالت:</p> <p><input type="checkbox"/> واده شوی / نکاح شوی  <input type="checkbox"/> طلاق شوی  <input type="checkbox"/> کونډه  <input type="checkbox"/> پورتنیو څخه یو هم نه</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 جنسي تمایل:</p> <p><input type="checkbox"/> همجنسي (مخالف جنس ته متوجه)  <input type="checkbox"/> همجنسي (یو شان جنس ته متوجه)  <input type="checkbox"/> دوه جنس (نارینه او ښځینه ته متوجه)  <input type="checkbox"/> نه ویل غوره کوم  <input type="checkbox"/> نور</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 د خبرو اترو اهم ژبه:</p> <input type="checkbox"/> البانيايي <input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> دري <input type="checkbox"/> انگريزي <input type="checkbox"/> فارسي <input type="checkbox"/> نور
<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 دويم ژباړ:</p> <input type="checkbox"/> البانيايي <input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> دري <input type="checkbox"/> انگريزي <input type="checkbox"/> فارسي <input type="checkbox"/> نور
<p>1.10 Do you need an interpreter?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.10 تاسو ژباړونکي ته اړتيا لرئ؟  <input type="checkbox"/> نه  <input type="checkbox"/> هو</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 ايا تاسو نارينه يا يو ښځينه ژباړونکي ته ترجيح ورکوئ؟ مهرباني سره په ياد ولرئ چې د ژباړونکي شتون ممکن پدې معنی نه وي چې دا تل ممکنه وي چې ستاسو غوره توب پوره کړئ.  <input type="checkbox"/> نارينه  <input type="checkbox"/> ښځينه  <input type="checkbox"/> زه بد نه گنم</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 ايا تاسو په خپله ژبه کېن لوستل کولی شئ؟  <input type="checkbox"/> نه  <input type="checkbox"/> هو  <input type="checkbox"/> زه په لوستلو کې مشکلات لرم</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 ايا تاسو په خپله ژبه کېن ليکل کولی شئ؟  <input type="checkbox"/> نه  <input type="checkbox"/> هو  <input type="checkbox"/> زه په ليکلو کې مشکلات لرم</p>
<p>1.14 Do you need sign language support?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.14 ايا تاسو د ښځې ژبې ملاتړ ته اړتياوي لرئ؟  <input type="checkbox"/> نه  <input type="checkbox"/> هو</p>

1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:		1.15 مهرباني وڪري د خپل نڙدي خپلوان او/يا هغه ڇا معلومات ورڪري ڇي مور ورسره په بيڙني حالت ڪي اړيڪه نيولي شو:									
<table border="1"> <tr> <td>Name:</td> <td rowspan="3"><u>Next of kin</u></td> </tr> <tr> <td>Contact telephone number:</td> </tr> <tr> <td>Address:</td> </tr> </table>		Name:	<u>Next of kin</u>	Contact telephone number:	Address:	<table border="1"> <tr> <td>نوم:</td> <td rowspan="3"><u>نڙدي خپلوان</u></td> </tr> <tr> <td>د تليفون شميره:</td> </tr> <tr> <td>ادرس:</td> </tr> </table>		نوم:	<u>نڙدي خپلوان</u>	د تليفون شميره:	ادرس:
Name:	<u>Next of kin</u>										
Contact telephone number:											
Address:											
نوم:	<u>نڙدي خپلوان</u>										
د تليفون شميره:											
ادرس:											
<table border="1"> <tr> <td>Name:</td> <td rowspan="3">Emergency contact (if different)</td> </tr> <tr> <td>Contact telephone number:</td> </tr> <tr> <td>Address:</td> </tr> </table>		Name:	Emergency contact (if different)	Contact telephone number:	Address:	<table border="1"> <tr> <td>نوم:</td> <td rowspan="3">بيڙني اړيڪه (که مختلف وي)</td> </tr> <tr> <td>د تليفون شميره:</td> </tr> <tr> <td>ادرس:</td> </tr> </table>		نوم:	بيڙني اړيڪه (که مختلف وي)	د تليفون شميره:	ادرس:
Name:	Emergency contact (if different)										
Contact telephone number:											
Address:											
نوم:	بيڙني اړيڪه (که مختلف وي)										
د تليفون شميره:											
ادرس:											
Section two: Health questions		دويمه برخه: روغتيا پوښتني									
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.1 ايا تاسو اوس مهال د ناروغي يا بيماري احساس ڪوي؟ نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/>									
2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.2 ايا تاسو د خپلي روغتيا ستونڙي لپاره بيڙني مرستي ته اړتيا لري؟ نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/>									
2.3 Do you currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply		2.3 ايا تاسو اوس مهال لاندې نښي نښاني لري؟ مهرباني وڪري هغه ٽول ٽڪ ڪري ڇي پلي ڪيري									

<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"/> د وزن کمول <input type="checkbox"/> ټوخی <input type="checkbox"/> ټوخی وینه تویول <input type="checkbox"/> د شپې خولې <input type="checkbox"/> ډیر ستړیا <input type="checkbox"/> تنفسي ستونزې <input type="checkbox"/> تبه <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> د پوستکي شکایتونه او خارشونه <input type="checkbox"/> ستاسو په متيازو کې وینه <input type="checkbox"/> ستاسو په غایطه کې وینه <input type="checkbox"/> د سر درد <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> ټیټ مزاج <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> دردونکي فلش بیکونه یا خوبونه <input type="checkbox"/> د خوب کولو مشکل <input type="checkbox"/> داسې احساس وکړئ چې تاسو نشئ کولی خپل <input type="checkbox"/> فکرونه یا عملونه کنټرول کړئ <input type="checkbox"/> داسې احساس چې تاسو غواړئ خپل ځان ته <input type="checkbox"/> زیان ورسوي یا ژوند پریردي <input type="checkbox"/> نور
<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 مهرباني وکړئ د بدن په عکس کې هغه سیمې په نښه کړئ چې تاسو د خپلې اوسنۍ روغتیا ستونزې سره مخ یاست.</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 ايا تاسو داسي پېژندل شوي روغتيايي ستونزي لري چې اوس رواني دي؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>هو <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 ايا تاسو له لاندې څخه كوم يو لري يا لرلي دي؟ مهرباني وكړئ هغه ټول ټك كړئ چې پلي كيږي</p> <p><input type="checkbox"/> د جوړونو بيماري</p> <p><input type="checkbox"/> ساه لنډي</p> <p><input type="checkbox"/> د ويني اختلال</p> <p><input type="checkbox"/> د سيكل سيل انيميا</p> <p><input type="checkbox"/> تلسيميا</p> <p><input type="checkbox"/> سرطان</p> <p><input type="checkbox"/> د غاښونو ناروغي</p> <p><input type="checkbox"/> د شکر ناروغي</p> <p><input type="checkbox"/> مرگی</p> <p><input type="checkbox"/> د سترگو ناروغي</p> <p><input type="checkbox"/> د زړه ناروغي</p> <p><input type="checkbox"/> هپيټايتس بي</p> <p><input type="checkbox"/> هپيټايتس سي</p> <p><input type="checkbox"/> HIV يا AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> د ويني لوړ فشار</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"/> د پښتورگو ناروغي <input type="checkbox"/> د خيگر ناروغي <input type="checkbox"/> د سپرو اووردمهاله ستونزه / تنفسي ناروغي <input type="checkbox"/> دماغي روغتيا ستونزي <input type="checkbox"/> ثيب مزاج / خپگان <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> د تراماتيک وروسته فشار اختلال (PTSD) <input type="checkbox"/> مخکي ځان ته زيان رسولي <input type="checkbox"/> د ځان وژني هڅه کول <input type="checkbox"/> نور <input type="checkbox"/> اوسټيوپروسيس <input type="checkbox"/> د پوستکي ناروغي <input type="checkbox"/> فالج <input type="checkbox"/> د تايرايډ ناروغي <input type="checkbox"/> نري رنځ (TB) <input type="checkbox"/> نور
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 ايا تاسو چري اپريشن کړي / جراحي؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
<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 که تاسو چري اپريشن / جراحي کړي، نو څومره موده مخکي؟</p> <input type="checkbox"/> په تير 12 مياشتو کېن <input type="checkbox"/> 1-3 کالونه مخکي <input type="checkbox"/> د 3 کالونه له مخکي
<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 ايا تاسو څه قسمه فزيکي زخم لري د جهنگ له وجي، تصادم يا د جبر له وجي؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
<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 ايا تاسو څه قسمه دماغي ناروغي لري؟ په دي کېن کېدي شي له جهنگ وجي، جبر يا تاسو مجبورا کړي چې خپل هيواد به تيخته وکړي؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
<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 ځيني طبي ستونزي په کورنيو کې کيدي شي. ايا ستاسو د نږدې کورني کوم غړی (پلار، مور، خويندي او نيکونه) له لاندې څخه کوم يو رنځ لري؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چې پلي کيږي</p> <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> د شکر ناروغي

<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"/> خپگان/دماغي روغتيا ناروغي <input type="checkbox"/> د زړه دوره <input type="checkbox"/> د وینې لوړ فشار <input type="checkbox"/> فالج <input type="checkbox"/> نور				
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – <i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i> <b>Please bring any prescriptions or medications to your appointment</b>	<p>2.12 ايا تاسو كوم وړاندیز شوی درملنه لری دواښان؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو—مهرباني سره لیست کړئ خپل وړاندیز شوي لاندې بکس کې درمل او خوراکونه مهرباني سره خپل ملاقات کېښ نسخه یا درمل راوړئ <table border="1" data-bbox="826 712 1453 1081"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نوم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نوم		
خوراک	نوم				
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.13 ايا تاسو په راتلونکو څو اونيو کې د دې درملو د ختمیدو په اړه اندېښنه لری؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو				
<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?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – <i>please list medicines and doses in the box below</i> <b>Please bring any medications to your appointment</b>	<p>2.14 ايا تاسو كوم درمل اخلئ چې د روغتيا مسلکي لخوا نه وي توصیه شوي د بیلگې په توگه هغه درمل چې تاسو له درملتون/دوکان/انټرنېټ څخه اخیستي وي یا له بهر څخه راغوختل شوي وي؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو—مهرباني وکړئ په لاندې بکس کې درمل او خوراکونه لیست کړئ مهرباني سره خپل ملاقات کېښ درمل راوړئ <table border="1" data-bbox="826 1675 1453 2024"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نوم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نوم		
خوراک	نوم				



2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15 ايا تاسود كوم درملو سره حساسيت لري؟ نه <input type="checkbox"/> هو <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 ايا تاسود كوم بل شي سره حساسيت لري؟ (د بيلگي په توگه خواره، د حشراتو دانگونه، د لپټيکس دستکشې)؟ نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/>		
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 ايا تاسو كوم فزيکي معيوبيت يا د خوځښت ستونزي لري؟ نه <input type="checkbox"/> هو <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 ايا تاسو كوم حسي نيمگړتياوي لري؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چې پلي کيږي نه <input type="checkbox"/> روندتوب <input type="checkbox"/> د ليد جزوي ضايع کول <input type="checkbox"/> د اوريدلو بشپړ زيان <input type="checkbox"/> د اوريدلو جزوي ضايع <input type="checkbox"/> د بوی او / يا خوند ستونزي <input type="checkbox"/>		
2.19 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19 ايا تاسو د زده کړې کومې ستونزي لري؟ نه <input type="checkbox"/> هو <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 ايا کومه ځانگړې شخصي موضوع شته چې تاسو غواړئ په راتلونکي ملاقات کې د روغتيا پاملرني مسلکي سره بحث وکړئ؟ نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/>		
<b>Section three: Lifestyle questions</b>		دریمه برخه: د ژوند طرز پوښتنې	
3.1 How often do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Monthly or less	3.1 تاسو څو ځله الکول څښئ؟ هیڅکله نه <input type="checkbox"/> مياشتنۍ يا لږ <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 <b>1 unit</b> 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"/> په مياشت کې 2-4 ځله  <input type="checkbox"/> په اونۍ کې 2-3 ځله  <input type="checkbox"/> په اونۍ کې 4 يا ډير ځله </p> <p>دلته ده <b>1 واحد</b> د الکول:</p> <p> 1/2 پينټ گيلاس بير</p> <p> 1 کوچنی گيلاس شراب</p> <p> 1 د روځونو واحد اندازه</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. تاسو په يوه عادي ورځ کې د الکول څو واحدونه څښئ کله چې تاسو څښئ؟</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 يا ډير </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. تاسو په تير کال کې څو ځله 6 يا ډير واحدونه درلودل که ښځينه، يا 8 يا ډير که نارينه وي؟</p> <p> <input type="checkbox"/> هيڅکله نه  <input type="checkbox"/> د مياشتې څخه کم  <input type="checkbox"/> مياشتنۍ  <input type="checkbox"/> اونيزه  <input type="checkbox"/> هره ورځ يا تقريبا هره ورځ </p>
<p>c. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p>	<p>c. ايا تاسو کوم درمل اخلي چې ستاسو روغتيا ته زيان رسوي د مثال په توگه چرس، کوکايين، هيرويين؟</p>

<input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> هيڃڪله نه <input type="checkbox"/> ما د هغه درملو اڃا پوري بند ڪري چي ممڪن <input type="checkbox"/> زيانمن وي. <input type="checkbox"/> هو
<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. ايا تاسو سگريٽ ڇڪو؟</p> <input type="checkbox"/> هيڃڪله نه <input type="checkbox"/> ما سگريٽ ڇڪول پريڻوڊل <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> سگريٽ په ورڻ ڪي ڇو؟ _____
<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. ايا تاسو تنباڪو ڙارو؟</p> <input type="checkbox"/> هيڃڪله نه <input type="checkbox"/> ما د تنباڪو ڙوول پريڻوڊل <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> تمباڪو ايا تاسو د سگريٽ ڇڻيلو په بندولو ڪي مرسته غورائو؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>څلورمه برخه: واکسين ڪول</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?  <b>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 ايا تاسو د ماشومتوب ٽول واکسينون په خپل اصلي هيواد ڪي ورائڊيز ڪري دي؟  <b>ڪه تاسو د خپل واکسين تاريخ ريكارڊ لري نو مهرباني وڪري دا خپل ملاقات ته راورو.</b></p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> زه نه پوهيرم
<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 ايا تاسو د نري رنج (TB) په ورائڊي واکسين شوي ياست؟</p> <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> زه نه پوهيرم

<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="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.3 آیا تاسو د COVID-19 په وړاندې واکسین شوي یاست؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>هو <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">1 خوراک <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">2 خوراکونه <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">3 خوراکونه <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">له 3 څخه ډیر خوراکونه <input type="checkbox"/></p> <p>زه نه پوهیږم <input type="checkbox"/></p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>پنځمه برخه: یوازې د ښځینه ناروغانو لپاره پوښتنې</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 آیا تاسو امیندواره یاست؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>زه شاید امیندواره یم. <input type="checkbox"/></p> <p>هو <input type="checkbox"/></p> <p>تاسو څو اونۍ امیندواره یاست؟ _____</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 آیا تاسو د امیندوارۍ مخنیوی کاروئ؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>هو <input type="checkbox"/></p> <p>تاسو کومه طریقه کاروئ؟</p> <p><input type="checkbox"/> د امیندوارۍ خنډ د مثال په توګه کنډوم، جیل</p> <p><input type="checkbox"/> د شفاهي امیندوارۍ ګولۍ.</p> <p><input type="checkbox"/> کوپر کویل/د رحم دننه آله (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> هورمونل کویل/د رحم دننه سیستم (IUD) د مثال په توګه میرینا</p> <p><input type="checkbox"/> د امیندوارۍ ضد انجیکشن</p> <p><input type="checkbox"/> د حمل ضد نصب</p> <p><input type="checkbox"/> نور</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 آیا تاسو سمدستي کوم امیندوارۍ ته اړتیا لرئ؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>هو <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><input type="checkbox"/> I would like to be given more information</p>	<p>5.4 آیا تاسو کله هم د سپرویکل سمیر یا سمیر ازموینه درلوده؟ دا یوه ازموینه ده چې ستاسو د رحم روغتیا معاینه کوي او د رحم د سرطان مخنیوي کې مرسته کوي.</p> <p>نه <input type="checkbox"/></p> <p>هو <input type="checkbox"/></p> <p>زه غواړم نور معلومات وړاندې کړم. <input type="checkbox"/></p>

<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.5 ايا تاسو هيستريڪتومي لري (د رحم او رحم د لري کولو عمليات)؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/> هو <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> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.6 د يوي بښينه ناروغي په توگه ايا کومه ځانگړي شخصي موضوع ده چې تاسو غواړئ د روغتيا پاملرني مسلکي سره ستاسو په راتلونکي ملاقات کي بحث / پورته کړئ؟</p> <p>نه <input type="checkbox"/> هو <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>که داسې څه وي چې تاسو په دې فورمه کې د شريکولو لپاره آرام نه احساس کوئ او تاسو غواړئ چې د ډاکټر سره خبرې وکړئ، مهرباني وکړئ خپل GP ته زنگ ووهئ او د ملاقات وخت وټاکئ.</p>