

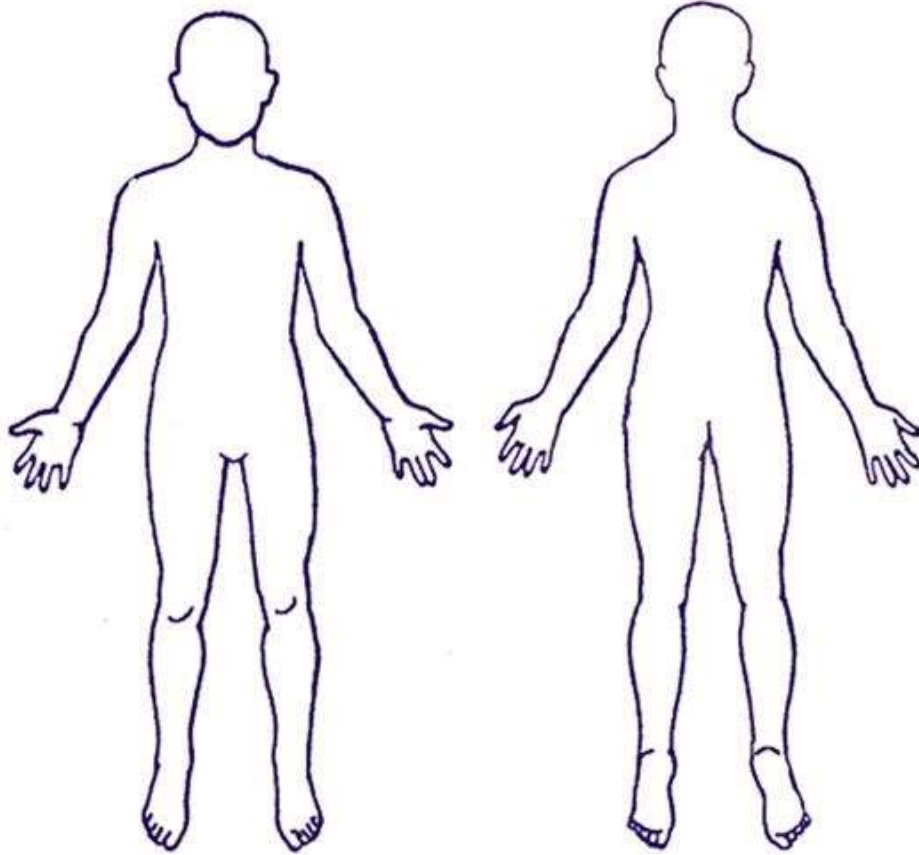
English	Kurdish (Sorani) ئینگلیزی
<p><b>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</b></p>	<p>پرسیارنامەی نوێی نەخۆش بۆ ئەو کۆچبەرانی تازە هاتوونەتە بەریتانیا</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number 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>هەموو کەسێک مافی ئەوەی هەبێت ناوی خۆی تۆمار بکات لە پزیشکی گشتی. بۆ تۆمارکردن لە پزیشکی گشتی پتویستت بە بەلگەی ناو نیشان، دۆخی کۆچبەری، ناسنامە یان ژمارەی NHS نییە.</p> <p>ئەم پرسیارنامەیە بۆ کۆکردنەوەی زانیارییە دەربارەی تەندروستی تۆ بۆ ئەوەی پێشەبێهکانی تەندروستی لە پزیشکی گشتی تۆ بتوانن لەوە تێبگەن کە ڕەنگە پتویستت بە چ پشنگیرییە، چارەسەرکردن و خزمەتگوزارییە پشپۆرییەکان بێت بەپێی سیاسەتەکانی نەپنی و هاوبەشکردنی زانیارییەکانی خزمەتگوزاری تەندروستی نیشتمانی.</p> <p>پزیشکی گشتی تۆ هیچ زانیارییە ناشرکرا ناکات کە تۆ بۆ مەبەستی تر جگە لە چاودێری راستەخۆت پێشکەشی دەکەیت مەگەر: تۆ ڕەزامەندی هەبوویت (بۆ نمونە بۆ پشنگیریکردنی توێژینەوی پزیشکی)؛ یان بەپنی یاسا پتویستە ئەوە بکەن (بۆ نمونە بۆ پاراستنی کەسانی دیکە لە زیانیکی گەورە)؛ یان لەبەر ئەوەی بەرژمەندییەکی گشتی سەرەکی هەبێت (بۆ نمونە تۆ بەدەست نەخۆشییەکی درمیە دەنألینیت).</p> <p>زانیاری زیاتر سەبارەت بەوەی کە چۆن پزیشکی گشتی زانیاری بەکانت بەکار دەهێنیت لە پزیشکی گشتی تۆ دەست دەکەوێت.</p> <p>و ئەلامەکانت بگەرێنەر هەوێ بۆ پزیشکی گشتی.</p>
<p><b>Section one: Personal details</b></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 ئیمیل:</p>

<p><b>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</b></p>	<p>تکایه هه موو پرسیار مکان پر بکه ره وه و هه موو نه وه لامانه تیک بکه که نیوه دمگرتیه وه.</p>
<p>1.1 Date questionnaire completed:</p>	<p>1.1 بهرواری پرکردنه وهی پرسیار نامه که:</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 له مانه ی خوار وه باشترین وه سفته دمکات؟</p> <p><input type="checkbox"/> نیر  <input type="checkbox"/> مئ  <input type="checkbox"/> هی تر  <input type="checkbox"/> پیم باشه نه یلیم</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 نه مه هه مان نه وه پر مگزه به که له کاتی له دایکیو وندا پیت درا وه؟</p> <p><input type="checkbox"/> نه خیر  <input type="checkbox"/> بئ  <input type="checkbox"/> پیم باشه نه یلیم</p>
<p>1.4 Date of birth:</p> <p>Date _____ Month _____ Year _____</p>	<p>1.4 بهرواری له دایکیو وندا:</p> <p>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"/> جی 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"/> خیز اندار/هاو به شی مه دهنی  <input type="checkbox"/> نه لاقدر او  <input type="checkbox"/> نیوه ژن  <input type="checkbox"/> هنج یه کیک له وانه ی سه ره وه</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 ناراسته ی سیکسی:</p> <p><input type="checkbox"/> هینتر و سیکسوال (راکیشانی پر مگزه ی به رام بهر)  <input type="checkbox"/> هاو پر مگزه باز (راکیشانی هاو پر مگزه باز)  <input type="checkbox"/> دوو پر مگزه (سه رنجراکیشی بو نیر و مئ)  <input type="checkbox"/> پیم باشه نه یلیم  <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 سهر مکی قسه کردن:</p> <input type="checkbox"/> ئهلبانی <input type="checkbox"/> عهره بی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/> ئینگلیزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> هی تر
<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 دوومی قسه کردن:</p> <input type="checkbox"/> ئهلبانی <input type="checkbox"/> عهره بی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/> ئینگلیزی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> هی تر
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.10 نایا و هرگیری زار مکیت پیویسته؟</p> <input type="checkbox"/> نه خیر <input type="checkbox"/> بلی
<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.</p> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	<p>1.11 و هرگیری نیر بان می پی باشتره؟ تکایه ناگدار به که بهر دهستبونی و هرگیری زار مکی لهوانیه بهو مانایه بیت که همیشه ناتوانریت به نار هزوی خوت جیبه جی بکریت.</p> <input type="checkbox"/> نیر <input type="checkbox"/> می <input type="checkbox"/> گوئی نادمی
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading	<p>1.12 نایا توانای خویندهوت هیه به زمانی خوت؟</p> <input type="checkbox"/> نه خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خویندهوم بهز حمته
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	<p>1.13 نایا توانای نو سینت هیه به زمانی خوت؟</p> <input type="checkbox"/> نه خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> بهز حمته نو سینم هیه
<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.14 نایا پیویستت به پشتگیری زمانی نیشارت هیه؟</p> <input type="checkbox"/> نه خیر <input type="checkbox"/> بلی

<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 کاربیه کانی خزم و/یا کسبیک بده که ده تانین په پوهندی پڼوه بکهن له حالتی نانا ساییدا:</p>		
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="151 340 434 929"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="440 340 802 929"> <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>	<p><u>خزم و کسبی نزیک</u></p> <p>ناو:</p> <p>ژماره ی تله فونی په پوهندی:</p> <p>ناو نیشان:</p>
<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="151 960 434 1518"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="440 960 802 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>	<p>په پوهندی فریاگوزاری (نه گس جیاواز بیت)</p> <p>ناو:</p> <p>ژماره ی تله فونی په پوهندی:</p> <p>ناو نیشان:</p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>		
<p>Section two: Health questions</p>	<p>به شی دووم: پر سیاره تندرستی بیکان</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 هه ست به ناخوشی یا نه خوشی ده کیت؟</p> <p><input type="checkbox"/> نه خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بلی</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 پڼو بستت به یار مه تییه کی به پله یه بو کیشه ی تندرستی؟</p> <p><input type="checkbox"/> نه خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بلی</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 له نیشانانهای خوار مومت هه یه؟ تکایه هه موو نهو شتانه تیک بکس که په پوهندی بیان پڼوه یه</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"/> كېش دابهزانندن <input type="checkbox"/> كۆكە <input type="checkbox"/> كۆكە تا ئاستى خوينهاتن <input type="checkbox"/> ئارقى شەوانە <input type="checkbox"/> ھىلاكى لەرادەبەدەر <input type="checkbox"/> كېشە ھەناسە <input type="checkbox"/> ئا <input type="checkbox"/> سىچوون <input type="checkbox"/> نەخۆشى پېست يان پەلەھى پېست <input type="checkbox"/> خۆنى ناو مېز <input type="checkbox"/> خۆن لە پېسايپەكەتدا <input type="checkbox"/> سەر نېشە <input type="checkbox"/> ئازار <input type="checkbox"/> بارى دەروونى نزم <input type="checkbox"/> قەلەقى <input type="checkbox"/> فلاشباكى دلتەزىن يان كابوس <input type="checkbox"/> قورسى خەولپكەوتن <input type="checkbox"/> ھەستەردن بەھى كە ناتوانىت كۆنترۆلى <input type="checkbox"/> بېر كەردنەھ و كەردار مەكانت بېكەيت <input type="checkbox"/> ھەستەردن بەھى كە دەتەوئەت زيان بە خۆت <input type="checkbox"/> بېگەپەنەيت يان واز لە ژيان بېنەيت <input type="checkbox"/> ھى 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 تەكايە لەسەر وئىنەى جەستەت ئەو ناوچەيە نېشانە بىكە كە توشى كېشە تەندروسىئىيەكانى ئىستات بوويت</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 ئايا هيچ كيشه يهكى تهنروستى ناسراوت ههيه كه بهردهوامه؟</p> <p><input type="checkbox"/> نهخير</p> <p><input type="checkbox"/> بهلى</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 ئايا هيچ كام لهمانه ي خوار هومت ههيه يان ههيووه؟ تكيه ههيوو نهو شاننه تيك بكهن كه پهيوهندييان پيوهيه</p> <p><input type="checkbox"/> ههوكردنى جومگهكان</p> <p><input type="checkbox"/> رهيو</p> <p><input type="checkbox"/> تاريكى خوئين</p> <p><input type="checkbox"/> كهمخوينى خانه ي داسكى</p> <p><input type="checkbox"/> تالاسيما</p> <p><input type="checkbox"/> شير پهنجه</p> <p><input type="checkbox"/> كيشه ي دان</p> <p><input type="checkbox"/> شهكره</p> <p><input type="checkbox"/> نهخوشى سهريشه</p> <p><input type="checkbox"/> كيشهكانى چاو</p> <p><input type="checkbox"/> كيشهكانى دل</p> <p><input type="checkbox"/> ههوكردنى جگهر جوړى بى</p> <p><input type="checkbox"/> ههوكردنى جگهر جوړى سى</p> <p><input type="checkbox"/> تيج ئاي فى ياخود نايدز</p> <p><input type="checkbox"/> پهستانى بهرزى خوئين</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"/> كېڭىشەى گورچىلە <input type="checkbox"/> كېڭىشەى جىگر <input type="checkbox"/> كېڭىشەى درىزخايەنى سىيەكان/كېڭىشەى ھەناسەدان <input type="checkbox"/> كېڭىشەى 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"/> پېشتىر زىيان بە خۆى گەياندووہ <input type="checkbox"/> ھەولدانى خۆكۆزى <input type="checkbox"/> ھى تر <input type="checkbox"/> پىووكانەوہى نېسك <input type="checkbox"/> كېڭىشەى پېست <input type="checkbox"/> جەلدە <input type="checkbox"/> نەخۆشى غودەى دەرقى <input type="checkbox"/> سېل (سېل) <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 بۆ كراوہ؟</p> <input type="checkbox"/> نەخېر <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 بۆ كراوہ، چەند سال لەمەوبەر نەمە بووہ؟</p> <input type="checkbox"/> لە 12 مانگى پېشووتردا <input type="checkbox"/> 1 - 3 سال بەر ئېستا <input type="checkbox"/> زىاتر 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 جەستەيىتان ھەيە بەھوى شەر، مەملانى پان ئەشكەنجەدان؟</p> <input type="checkbox"/> نەخېر <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 كېڭىشەى تەندروستى دەروونىت ھەيە؟ ئەمانە دەتوانن لە شەر، مەملانى، ئەشكەنجەدان يان ناچار بوون بە ھەھاتن لە ولا تەكەتەوہ بن؟</p> <input type="checkbox"/> نەخېر <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 كېڭىشەى پزىشكى دەتوانىت لە خىزانەكاندا بەرىوہىت. ئايا ئەندامىكى خىزانى نزىكت (باوك، دايك، خوشك و برا و باپىر) تووشى ھېچ كام لەمانەى خواروہ بووہ يان تووشى بووہ؟ تەكايە ھەموو ئەو شتانە تىك بكن كە پەيوەندىيان پېوہىە</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/نەخۇشى تەندروستى دەروونى <input type="checkbox"/> جەلدەى دل <input type="checkbox"/> پەستانى بەرزى خوین <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  <b>Please bring any prescriptions or medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 745 778 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 ئاىا تو ھىچ جۆرە دەرمانىك دەخۆيت؟  <input type="checkbox"/> نەخىر  <input type="checkbox"/> بەلى -- تىكايە لىستىيان بىكە دەرمانە نوسراومكانت و دەرزىيەكان لەم بۆكسەى خوارمۇدا  <b>تىكايە ھەر رىچەتەيەك يان دەرمانىك ھەيە لەگەل خۆتى بەينە بۆ چاوپىكەوتتەكەت</b></p> <table border="1" data-bbox="826 745 1453 1115"> <thead> <tr> <th>ناو</th> <th>ژم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ناو	ژم		
Name	Dose								
ناو	ژم								
<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 ئاىا نىگەرانى تەراو بوونى ھىچ 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  <b>Please bring any medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 1742 778 1787"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 ئاىا ھىچ دەرمانىك دەخۆيت كە لەلايەن كەسىكى پىسپورى تەندروستىو ھە بۆت نەنووسراو ھە بۆ نمونە ئەو دەرمانانەى كە لە دەرمانخانە/دوكان/لە ئىنتەرنىت كرىوتە يان لە دەرمو ھى و لاتەو ھە گەياندووتە؟  <input type="checkbox"/> نەخىر  <input type="checkbox"/> بەلى -- تىكايە دەرمان و ژمە دەرمانەكان لەم بۆكسەى خوارمۇدا بنووسە  <b>تىكايە ھەر جۆرە دەرمانىك بەينە بۆ چاوپىكەوتتەكەت</b></p> <table border="1" data-bbox="826 1709 1453 2036"> <thead> <tr> <th>ناو</th> <th>ژم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ناو	ژم		
Name	Dose								
ناو	ژم								



2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15 نایا تو حساسیتت ههیه به ههر دهرمانیک؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بملنی		
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 نایا تو حساسیتت ههیه بو هیچ شتیکی تر؟ (بو نمونه خواردن، پیوهانی میروو، دهستکیشی لاتهکس)؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بملنی		
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 نایا هیچ کهمنه نامیبه کی جهسته یی یان کیشه ی جولت ههیه؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بملنی		
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 نایا هیچ تیکچوونیکه ههستکردنت ههیه؟ تکایه ههموو نمو شتانه تیک بکهن که په یوهندیان پیوهیه <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> کویربوون <input type="checkbox"/> هدهستدانی نیوه ی بینین <input type="checkbox"/> هدهستدانی تهواوی بینین <input type="checkbox"/> هدهستدانی نیوه ی گوئیگرتن <input type="checkbox"/> کیشه ی بو/یاخود تام		
2.19 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19 نایا هیچ قورسیهک ههیه له فیربوون؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بملنی		
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 نایا هیچ بابه تیکه تاییه ته تاییهت ههیه که ههز دهکبهت له چاوپیکهوتنی داهاتوودا له گهل پسیوریکه چاوه دیری تهندروستی باسی بکهیت/ وروژنینتهوه؟ <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بملنی		
Section three: Lifestyle questions	بهشی سییه م: پرسپارهکانی شیوازی ژیان		
3.1 How often do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Monthly or less	3.1 چهند جار مهی دهخوئتهوه؟ <input type="checkbox"/> ههرگیز <input type="checkbox"/> مانگانه یاخود کهمتر		

<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"/> 2-4 جار له مانگيڊا  <input type="checkbox"/> 2-3 جار له مانگيڊا  <input type="checkbox"/> 4 جار يان زياتر له هفتته يه ڪڏا </p> <p>تانهن 1 يه ڪه مهي هميه له:</p> <p> 1/2 پيردا خيڪي پينت بيره</p> <p> 1 پيردا خي بچوڪ شيراب</p> <p> 1 پيوانهي تانهن بو خوار دنه وه روحيه ڪان</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. له روژنيڪي ناساييدا چهند يه ڪه ڪحول دهخويته وه ڪاتنيڪ دهخويته وه؟</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 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. چهند جار له سالي رابردودا له يه ڪه بوندا 6 يه ڪه يان زياتر ههيو وه نه ڪهر مي بوويت، يان 8 يان زياتر نه ڪهر نير بوويت؟</p> <p> <input type="checkbox"/> هرگيز  <input type="checkbox"/> ڪه مٽر له مانگانه  <input type="checkbox"/> مانگانه  <input type="checkbox"/> هفتانه  <input type="checkbox"/> روژانه يا خود بهنزيڪهي روژانه </p>
<p>c. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p>	<p>c. نايا هيچ دهر ماننيڪ دهخويت ڪه زيان به تهنروستي تو بگهي هنيٽ بو نمونه. هه شيش، ڪوڪاين، هيروين؟</p>

<input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> ھەرگیز <input type="checkbox"/> وازم له خوار دنی ئهو دهرمانانه هیناوه که رهنگه زیانیان پی بگهینیت <input type="checkbox"/> بیلنی
<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. جگهره دهکیشیت؟</p> <input type="checkbox"/> ھەرگیز <input type="checkbox"/> وازم له جگهره هیناوه <input type="checkbox"/> بیلنی <input type="checkbox"/> جگهره چهند دانه له روژ بکدا؟ _____
<p>e. Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>e. ئایا توتن دهجویت؟</p> <input type="checkbox"/> ھەرگیز <input type="checkbox"/> وازم که وچینی توتن هیناوه <input type="checkbox"/> بیلنی
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>بهشی چوار: فاکسینکردن</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 ئایا ههموو ئهو کوتانانهای مندالیت ههبووه که له ولاتی رهسهنتدا پیشکەش دهکرتین؟  <b>نهگهر تو ماریکی میژووی کوتانه کهت ههیه تکایه نه مه بهینه بو چاوپیکهوتنه کهت.</b></p> <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بیلنی <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 دژه سیل (سیل)ت بو کراوه؟</p> <input type="checkbox"/> نهخیر <input type="checkbox"/> بیلنی <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="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 ئايا كوتانى قايرۆسى كۆفید-19 ت بۆ كراوه؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخیر</p> <p><input type="checkbox"/> بىلى</p> <p style="padding-left: 40px;">1 <input type="checkbox"/> ژم</p> <p style="padding-left: 40px;">2 <input type="checkbox"/> ژم</p> <p style="padding-left: 40px;">3 <input type="checkbox"/> ژم</p> <p style="padding-left: 40px;">زیاتر له 3 ژم <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> نازانم</p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>بەشى پىنج: پرسىار تەنها بۆ رەگەزى مەيە</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 تۆ دووگىانى؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخیر</p> <p><input type="checkbox"/> رەنگە من دووگىان بىم</p> <p><input type="checkbox"/> بىلى</p> <p>تۆ چەند ھەفتەيە دووگىانىت؟ _____</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 رىگىرى لە دووگىانى بەكار دەھىنىت؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخیر</p> <p><input type="checkbox"/> بىلى</p> <p>چ شىوازيك بەكار دەھىنىت؟</p> <p><input type="checkbox"/> بەر بەستى رىگىرى كىردن لە دووگىانى بۆ</p> <p>نەمۇنە كۆندۆم، جىل</p> <p><input type="checkbox"/> ھەبى رىگىرى كىردن لە دەمەوہ</p> <p><input type="checkbox"/> كويل كۆپەر/نامىرى ناو مندالدان (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> كويلە ھۆرمۆنىيەكان/سىستەمى ناو مندالدان (IUS) بۆ نەمۇنە، مېرىنا</p> <p><input type="checkbox"/> دەرزى رىگىرى لە دووگىانى</p> <p><input type="checkbox"/> چاندنى رىگىرى لە دووگىانى</p> <p><input type="checkbox"/> ھى 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 بەپەلە پىويستت بە ھىچ رىگىرىيەكى دووگىانى ھەيە؟</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخیر</p> <p><input type="checkbox"/> بىلى</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 ئىستە پىشكىنى لىدانى ملى رەحم يان پىشكىنى لىدانى ملى رەحم كىردوہ؟ ئەمەش پىشكىنىكە بۆ پىشكىنى تەندروستى ملى رەحم و يارمەتى خۇپاراستن لە شىر پەنجە ملى رەحم.</p> <p><input type="checkbox"/> ئەخیر</p> <p><input type="checkbox"/> بىلى</p> <p><input type="checkbox"/> ھەز دەكەم زانىارى زىاترم پى بدرىت</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 لابردنى مەندالدان و مىلى رەھمەت كەردووه؟</p> <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى
<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 وەك نەخۇشنىكى مەنبە ئايا ھېچ بابەتنىكى تايىھەتى تايىھەت ھەيە كە ھەز دەمكەيت لە چاوپىكەوتنى داھاتوودا لەگەل پىشەيى چاودىرى تەندروستى باسى بىكەيت/بوروز ئىنتەھە؟</p> <input type="checkbox"/> نەخىر <input type="checkbox"/> بەلى
<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 شتەك ھەيە كە ھەست بە ئاسوودەيى ناكەيت لەم فۆرمەدا بەشدارى بىكەيت و دەتەوئەت لەگەل پزىشكىك باسى بىكەيت، تىكايە پەيوەندى بە پزىشكى گىشتىھە بىكە و كاتىك بۇ چاوپىكەوتن ھىز بىكە.</p>