

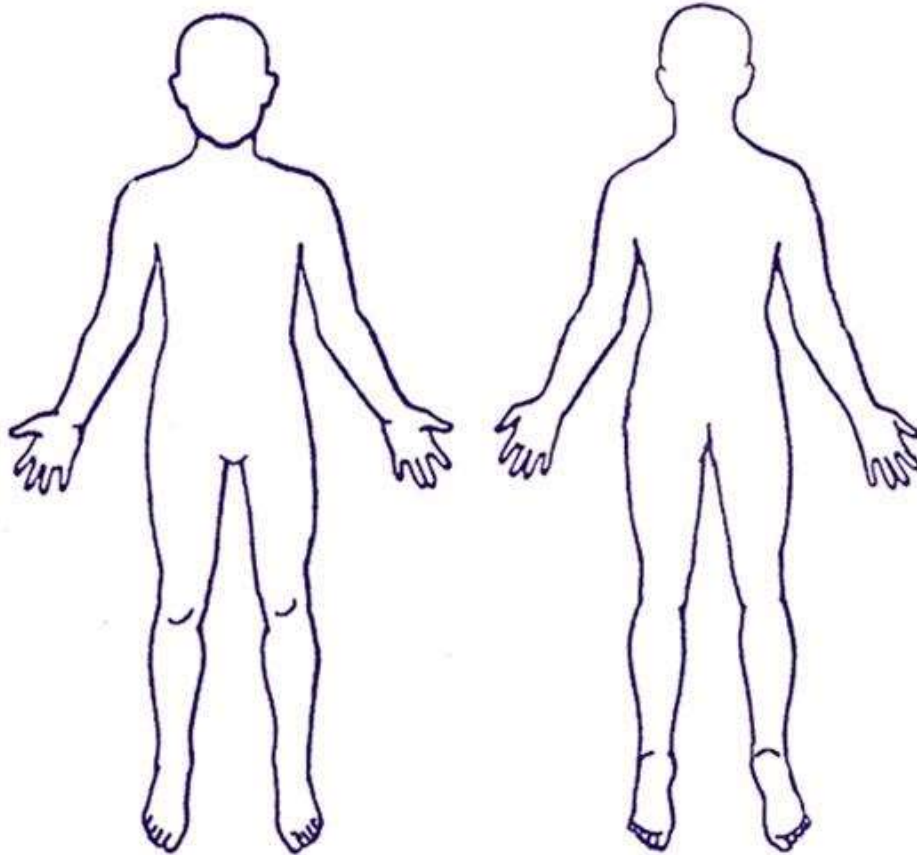
English	فارسی
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>پرسشنامه بیمار جدید برای مهاجران تازه وارد در بریتانیا</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p>This 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>همه حق برخورداری از پزشک عمومی را دارند. برای برخورداری از پزشک عمومی نیازی به گواهی آدرس، وضعیت مهاجرت، کارت شناسایی یا شماره سرویس سلامت همگانی (NHS) نیست.</p> <p>این پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سلامت شما مطابق با سیاست‌های محرمانگی و اشتراک داده «سرویس سلامت همگانی» است تا متخصصان سلامت در مطب پزشک عمومی‌تان بدانند به چه پشتیبانی، درمان و خدمات تخصصی ممکن است نیاز داشته باشید.</p> <p>پزشک عمومی شما هیچ اطلاعاتی را که برای مقاصد غیر از مراقبت مستقیم خود ارائه می‌دهید افشا نمی‌کند مگر اینکه: موافقت کرده باشید (مثلاً برای کمک به تحقیقات پزشکی)؛ یا طبق قانون موظف به انجام این کار باشند (مثلاً برای محافظت از سایر افراد در برابر آسیب جدی)؛ یا پای منافع عمومی مهمی در میان باشد (مثلاً به بیماری و آلودگی مبتلا باشید). برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه استفاده پزشک عمومی از اطلاعات‌تان به مطب پزشک عمومی خود مراجعه کنید.</p> <p>پاسخ‌های خود را به مطب پزشک عمومی برگردانید.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>بخش یک: اطلاعات شخصی</p>
<p>Full name:</p>	<p>نام و نام خانوادگی:</p>
<p>Address:</p>	<p>آدرس:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>شماره تلفن:</p>
<p>Email address:</p>	<p>آدرس ایمیل:</p>
<p>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</p>	<p>لطفاً به همه سوالات پاسخ دهید و تمام پاسخ‌هایی را که دربارتان صدق می‌کند علامت بزنید.</p>

1.1 Date questionnaire completed:	1.1 تاریخ تکمیل پرسشنامه:
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 کدامیک از گزینه‌های زیر به بهترین نحو شما را توصیف می‌کند؟ <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم نگویم
1.3 Is this the same gender you were given at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.3 آیا این همان جنسیتی است که هنگام تولد داشتید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم نگویم
1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year	1.4 تاریخ تولد: تاریخ _____ ماه _____ سال _____
1.5 Religion: <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	1.5 مذهب: <input type="checkbox"/> بودایی <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> هندو <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/> مسلمان <input type="checkbox"/> سیک <input type="checkbox"/> سایر مذاهب <input type="checkbox"/> بی‌دین
1.6 Marital status: <input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above	1.6 وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل/پارتنر رسمی <input type="checkbox"/> طلاقه <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> هیچ‌یک از موارد فوق
1.7 Sexual Orientation: <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) <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	1.7 گرایش جنسی: <input type="checkbox"/> دیگر جنس‌گرا (علاقه‌مند به جنس مخالف) <input type="checkbox"/> هم‌جنس‌گرا (علاقه‌مند به هم‌جنس) <input type="checkbox"/> دو‌جنس‌گرا (علاقه‌مند به مرد و زن) <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم نگویم <input type="checkbox"/> سایر موارد
1.8 Main spoken language: <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Tigrinya	1.8 زبان گفتاری اصلی: <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> تیگرینیا

<input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Vietnamese	<input type="checkbox"/> اوکراینی <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> ویتنامی
<p>1.9 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other		<p>1.9 زبان گفتاری دوم:</p> <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> تیگرینیا <input type="checkbox"/> اوکراینی <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> هیچ‌کدام
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		<p>1.10 آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
<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 ترجیح می‌دهید مترجم شفاهی خانم باشد یا آقا؟ لطفاً توجه داشته باشید که در دسترس بودن مترجم شاید به این معنی باشد که برآورده کردن ترجیح و اولویت شما همیشه امکان‌پذیر نیست.</p> <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> فرقی نمی‌کند
<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 آیا می‌توانید به زبان خود بخوانید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در خواندن مشکل دارم
<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 آیا می‌توانید به زبان خود بنویسید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در نوشتن مشکل دارم
<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		<p>1.14 آیا نیاز به کمک از طریق زبان اشاره دارید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p>		<p>1.15 لطفاً مشخصات مربوط به خویشاوندان نزدیک خود و/یا شخصی که بتوانیم در مواقع اضطراری با او تماس بگیریم را ارائه دهید:</p>

Name: Contact telephone number: Address:	<u>Next of kin</u>	<u>خویشاوند نزدیک</u>	نام: شماره تلفن: آدرس:
	Emergency contact (if different)	شماره اضطراری (اگر با شماره بالا فرق دارد)	نام: شماره تلفن: آدرس:
Section two: Health questions		بخش دو: سوالاتی درباره سلامت	
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.1 آیا در حال حاضر احساس ناخوشی یا بیماری می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله		
2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.2 آیا برای مشکل سلامت خود به کمک فوری نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله		
2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i> <input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats	2.3 آیا در حال حاضر، هیچ یک از علائم زیر را دارید؟ <i>لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید</i> <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> سرفه خونی <input type="checkbox"/> تعریق شبانه <input type="checkbox"/> خستگی شدید		







<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"/> مشکلات تنفسی <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی یا کپیر <input type="checkbox"/> خون در ادرار <input type="checkbox"/> خون در مدفوع <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/> خلق و خوی ضعیف <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> کابوس یا یادآوری خاطرات ناراحت‌کننده <input type="checkbox"/> مشکل خواب <input type="checkbox"/> احساس ناتوانی در کنترل افکار یا اعمال <input type="checkbox"/> تمایل به آسیب به خود یا دست کشیدن از زندگی <input type="checkbox"/> سایر موارد
<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 لطفاً روی تصویر بدن، ناحیه(هایی) را که در آن دچار مشکل(های) سلامت هستید علامت بزنید</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 آیا مشکل شناخته شده سلامتی دارید که هنوز درمان نشده باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</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><input type="checkbox"/> Kidney problems</p> <p><input type="checkbox"/> Liver problems</p> <p><input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health problems</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood/depression</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</p> <p><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</p> <p><input type="checkbox"/> Attempted suicide</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Skin disease</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroid disease</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.6 آیا هیچ‌یک از موارد زیر را دارید یا داشته‌اید؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید</p> <p><input type="checkbox"/> رتروز</p> <p><input type="checkbox"/> اسم</p> <p><input type="checkbox"/> اختلال خونی</p> <p><input type="checkbox"/> کم‌خونی داسی‌شکل</p> <p><input type="checkbox"/> تالاسمی</p> <p><input type="checkbox"/> سرطان</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات دندان</p> <p><input type="checkbox"/> دیابت</p> <p><input type="checkbox"/> صرع</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات بینایی</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات قلبی</p> <p><input type="checkbox"/> هیپاتیت بی</p> <p><input type="checkbox"/> هیپاتیت سی</p> <p><input type="checkbox"/> چ‌آی‌وی (HIV) یا ایدز</p> <p><input type="checkbox"/> فشار خون بالا</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات کلیوی</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات کبدی</p> <p><input type="checkbox"/> مشکل ریوی/مشکلات تنفسی بلندمدت</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات روانی</p> <p><input type="checkbox"/> خلق و خوی ضعیف/افسردگی</p> <p><input type="checkbox"/> اضطراب</p> <p><input type="checkbox"/> اختلال اضطراب پس از سانحه (PTSD)</p> <p><input type="checkbox"/> آسیب به خود در گذشته</p> <p><input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر موارد</p> <p><input type="checkbox"/> پوکی استخوان</p> <p><input type="checkbox"/> بیماری پوستی</p> <p><input type="checkbox"/> سکته</p> <p><input type="checkbox"/> بیماری تیروئید</p> <p><input type="checkbox"/> تبل (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> سایر موارد</p>
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.7 آیا تا به حال عمل / جراحی انجام داده‌اید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p>
<p>2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this?</p> <p><input type="checkbox"/> In the last 12 months</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago</p>	<p>2.8 اگر عمل / جراحی انجام داده‌اید، مربوط به چند وقت پیش بوده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> در 12 ماه گذشته</p> <p><input type="checkbox"/> 1 تا 3 سال پیش</p>

<input type="checkbox"/> Over 3 years ago	<input type="checkbox"/> بیش از 3 سال پیش								
<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 آیا در اثر جنگ، درگیری یا شکنجه، آسیب جسمی دیده‌اید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله								
<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 آیا مشکل روانی دارید؟ این مشکلات می‌تواند ناشی از جنگ، درگیری، شکنجه یا فرار اجباری از کشورتان باشد؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله								
<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> <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	<p>2.11 برخی از بیماری‌ها ممکن است خانوادگی باشد. آیا کسی از اعضای خانواده نزدیک شما (پدر، مادر، خواهر و برادر و پدربزرگ و مادربزرگ) هیچ یک از مشکلات زیر را داشته یا به آن مبتلا بوده است؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید</p> <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> افسردگی/بیماری روانی <input type="checkbox"/> حمله قلبی <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> سکته <input type="checkbox"/> سایر موارد								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <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>2.12 آیا داروهای تجویزی مصرف می‌کنید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله – لطفاً لیست داروها و دوزهای تجویزی خود را در کادر زیر بنویسید لطفاً هرگونه نسخه یا دارو را در نوبت ویزیت خود همراه داشته باشید								
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Name</th> <th style="width: 50%;">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">نام</th> <th style="width: 50%;">دوز</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	نام	دوز		
Name	Dose								
نام	دوز								
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p>	<p>2.13 آیا درباره تمام شدن این داروها در چند هفته آینده نگرانی دارید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر								

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> بله								
<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> Please bring any medications to your appointment <table border="1" data-bbox="151 696 778 1088"> <thead> <tr> <th data-bbox="151 696 566 734">Name</th> <th data-bbox="566 696 778 734">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="151 734 566 1088"></td> <td data-bbox="566 734 778 1088"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 آیا داروهایی را مصرف می‌کنید که پزشک متخصص تجویز نکرده است، مانند داروهایی که از داروخانه/فروشگاه/اینترنت خریده‌اید یا از خارج از کشور ارسال شده است؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله – <i>لطفاً لیست داروها و دوزها را در کادر زیر بنویسید</i> لطفاً هرگونه دارو را در نوبت ویزیت خود همراه داشته باشید <table border="1" data-bbox="847 696 1474 1088"> <thead> <tr> <th data-bbox="847 696 1059 734">نام</th> <th data-bbox="1059 696 1474 734">دوز</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="847 734 1059 1088"></td> <td data-bbox="1059 734 1474 1088"></td> </tr> </tbody> </table>	نام	دوز		
Name	Dose								
نام	دوز								
<p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.15 آیا به دارویی حساسیت دارید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله								
<p>2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.16 آیا به چیز دیگری حساسیت دارید؟ (مثل غذا، نیش حشره، دستکش لاتکس)</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله								
<p>2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.17 آیا ناتوانی جسمی یا مشکلات حرکتی دارید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله								
<p>2.18 Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i></p> <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	<p>2.18 آیا اختلالات حسی دارید؟ <i>لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید</i></p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/> کاهش جزئی بینایی <input type="checkbox"/> ناشنوایی کامل <input type="checkbox"/> ناشنوایی جزئی <input type="checkbox"/> مشکلات بویایی و/یا چشایی								
<p>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.19 آیا مشکل یادگیری دارید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله								

<p>2.20 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>2.20 آیا موضوع خصوصی خاصی وجود دارد که بخواهید در نوبت ویزیت بعدی خود با متخصص سلامت صحبت/مطرح کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>
<p>Section three: Lifestyle questions</p>	<p>بخش سه: سوالات مربوط به سبک زندگی</p>
<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Monthly or less <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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="183 987 264 1115">  <p>½ pint glass of beer</p> </div> <div data-bbox="177 1252 245 1361">  <p>1 small glass of wine</p> </div> <div data-bbox="165 1494 233 1554">  <p>1 single measure of spirits</p> </div> </div>	<p>3.1 هر چند وقت یکبار الکل مصرف می‌کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> هیچ وقت <input type="checkbox"/> ماهانه یا کمتر <input type="checkbox"/> 2 تا 4 بار در ماه <input type="checkbox"/> 2 تا 3 بار در هفته <input type="checkbox"/> 4 بار یا بیشتر در هفته</p> <p>هر یک از موارد زیر، 1 واحد الکل دارد:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="1366 987 1453 1115">  <p>نصف لیوان پاینت آبجو</p> </div> <div data-bbox="1366 1252 1437 1361">  <p>1 گلاس کوچک شراب</p> </div> <div data-bbox="1390 1494 1461 1554">  <p>1 پیمانه مشروبات الکلی تقطیری</p> </div> </div>
<p>3.2 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>3.2 در یک روز عادی که الکل می‌نوشید، چند واحد الکل مصرف می‌کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> 0 تا 2 <input type="checkbox"/> 3 تا 4 <input type="checkbox"/> 5 تا 6 <input type="checkbox"/> 7 تا 9 <input type="checkbox"/> 10 یا بیشتر</p>

<p>3.3 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>3.3 در سال گذشته، هر چند وقت یکبار 6 واحد یا بیشتر (اگر خانم هستید)، یا 8 واحد یا بیشتر (اگر آقا هستید)، در یک موقعیت الکل مصرف کرده‌اید؟</p> <p><input type="checkbox"/> هیچ وقت <input type="checkbox"/> کمتر از ماهانه <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> روزانه یا تقریباً روزانه</p>
<p>3.4 Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>3.4 آیا مواد مخدری مثل حشیش، کوکائین، هروئین مصرف می‌کنید که ممکن است برای سلامت‌تان مضر باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> هیچ وقت <input type="checkbox"/> مواد مخدری را که ممکن است مضر باشد ترک کرده‌ام <input type="checkbox"/> بله</p>
<p>3.5 Do you smoke?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____</p> <p>How many years have you smoked for? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tobacco</p> <p>Would you like help to stop smoking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>3.5 آیا سیگار می‌کشید؟</p> <p><input type="checkbox"/> هیچ وقت <input type="checkbox"/> سیگار را ترک کرده‌ام <input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> سیگار چه تعداد در روز؟ _____</p> <p>چند سال سیگاری بوده‌اید؟ _____</p> <p><input type="checkbox"/> دخانیات</p> <p>آیا برای ترک سیگار کمک می‌خواهید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>3.6 Do you chew tobacco?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>3.6 آیا تنباکو می‌جوید؟</p> <p><input type="checkbox"/> هیچ وقت <input type="checkbox"/> جویدن تنباکو را ترک کرده‌ام <input type="checkbox"/> بله</p>
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>بخش چهار: واکسیناسیون</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?</p> <p>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</p>	<p>4.1 آیا تمام واکسن‌های دوران کودکی را که در کشورتان ارائه شده دریافت کرده‌اید؟</p> <p>اگر سوابق واکسیناسیون خود را دارید، لطفاً آن را در نوبت ویزیت همراه داشته باشید.</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> نمی‌دانم
<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 آیا در برابر سل (TB) واکسینه شده‌اید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نمی‌دانم
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.3 آیا در برابر کووید-19 واکسینه شده‌اید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> 1 دوز <input type="checkbox"/> 2 دوز <input type="checkbox"/> 3 دوز <input type="checkbox"/> بیش از 3 دوز <input type="checkbox"/> نمی‌دانم
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>بخش پنج: سوالات مخصوص بیماران خانم</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 آیا باردار هستید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ممکن است باردار باشم <input type="checkbox"/> بله <p>هفته چندم بارداری هستید؟ _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <p>What method do you use?</p> <input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel <input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill <input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD) <input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena <input type="checkbox"/> Contraceptive injection <input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other	<p>5.2 آیا از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده می‌کنید؟</p> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <p>از چه روشی استفاده می‌کنید؟</p> <input type="checkbox"/> ضدبارداری انسدادی، مثل کاندوم، ژل <input type="checkbox"/> قرص ضدبارداری خوراکی <input type="checkbox"/> حلقه مسی/دستگاه داخل رحمی (IUD) <input type="checkbox"/> حلقه هورمونی/سیستم داخل رحمی (IUS) مثل میرنا (Mirena) <input type="checkbox"/> آمپول ضدبارداری <input type="checkbox"/> ایمپلنت ضدبارداری <input type="checkbox"/> سایر موارد

<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 نیاز فوری به پیشگیری از بارداری دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</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 تا به حال اسمیر دهانه رحم یا آزمایش پاپ اسمیر انجام داده‌اید؟ این آزمایش برای بررسی سلامت دهانه رحم و کمک به پیشگیری از سرطان دهانه رحم است.</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> مایلم اطلاعات بیشتری دریافت کنم</p>
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.5 آیا هیستریکتومی (عمل برداشتن رحم و دهانه رحم) انجام داده‌اید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.6 به عنوان یک بیمار خانم، آیا موضوع خصوصی خاصی وجود دارد که بخواهید در نوبت ویزیت بعدی خود با متخصص مراقبت‌های درمانی صحبت/مطرح کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</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>اگر نکته‌ای هست که دوست ندارید در این فرم مطرح کنید و می‌خواهید آن را با پزشک در میان بگذارید، لطفاً با پزشک عمومی خود تماس بگیرید و نوبت ویزیت دریافت کنید.</p>