

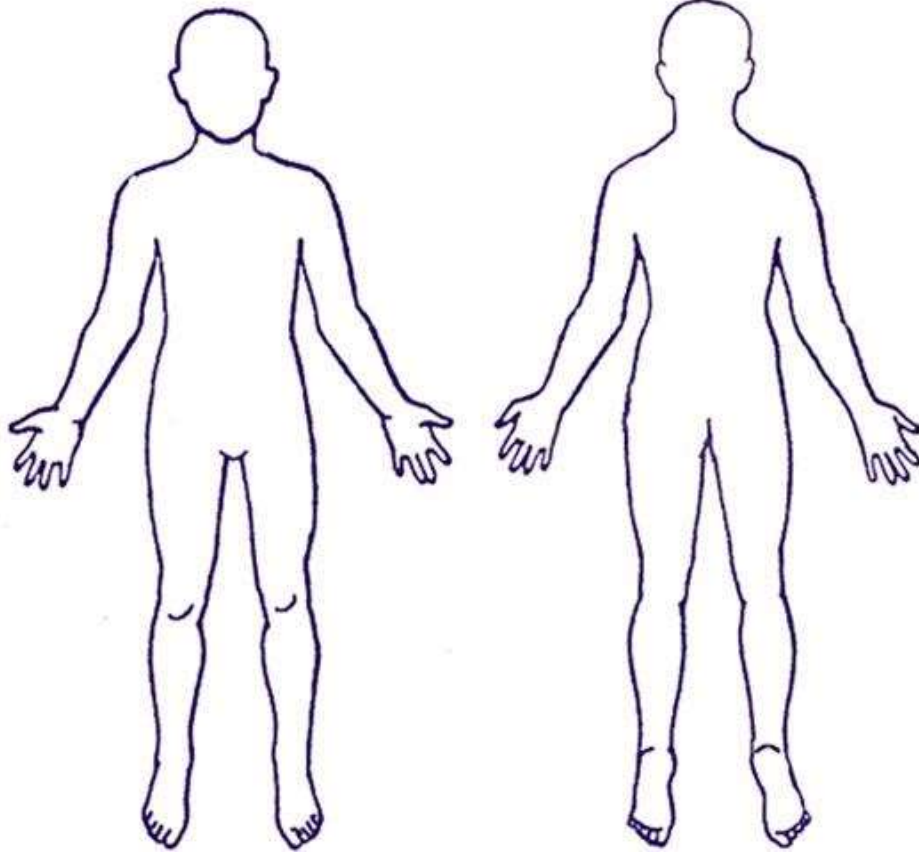
English	Punjabi پنجابی
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>UK وچ داخل ہون آلے نویں تارکینِ وطن لئی مریض دا سوالناواں: بال اتے جوان لوکین</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP</p> <p>This questionnaire is to collect information about children's health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</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>ہر شخص GP وچ رجسٹر ہون دا حق رکھدا اے۔ تہانوں GP وچ رجسٹر ہون لئی پتے، امیگریشن اسٹیٹس، ID یا کیسے NHS نمبر دا ثبوت دین دی لوڑ نئیں اے</p> <p>ایہہ سوالناواں بالان دی صحت بارے جانکاری جمع کرن لئی اے تاں جے تہاڈی GP پریکٹس دی صحت دے ماہر سمجھ سکن کہ ملکی صحت دی خدمت (National Health Service) دی رازداری اتے ڈیٹا نوں سانجھا کرن دی پالیسیاں دے مطابق اوہناں نوں کیہڑی معاونت، علاج اتے مخصوص خدمات دی لوڑ ہو سکدی اے۔</p> <p>18 سال توں گھٹ عمر سمجھدار نوعمر نوجوان اپنے لیے بالغ ورژن خود مکمل کر سکتے نیں۔</p> <p>تہاڈی GP تہاڈی براہ راست نگہداشت دے مقصدان توں علاوہ کیسے مقصد لئی تہاڈی دتی گئی جانکاری نوں سانجھا نئیں کرے گی ماسوائے: تسی رضامندی دتی ہووے (جیویں طبی تحقیق دی معاونت لئی)؛ یا اوہناں نوں قنون دے تحت ایذاں کرن دی لوڑ ہووے (جیویں دوچے لوکاں نوں شدید خطرے توں بچانا ہووے)؛ یا مفاد عامہ لئی انتہائی اہم ہووے (جیویں تسی کیسے متعدی بیماری وچ مبتلا او)۔ تہاڈی GP تہاڈی جانکاری نوں کیدیاں ورتے گی، ایس بارے ہور جانکاری تہاڈی GP پریکٹس تے موجود اے۔</p> <p>اپنے جواباں نوں اپنی GP پریکٹس نوں واپس بھیجو۔</p>
<p>Person completing</p>	<p>فارم مکمل کرنا آلا شخص</p>
<p>Who is completing this form:</p> <p><input type="checkbox"/> Child's Parent</p> <p><input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer</p>	<p>ایس فارم نوں کون مکمل کر رہیا اے:</p> <p><input type="checkbox"/> بال دی ماں/دا پیو</p> <p><input type="checkbox"/> بال دا قانونی سرپرست/نگہداشت کار</p>

Section one: Personal details	پہلا حصہ: ذاتی تفصیلات
Child's full name:	بال دا مکمل نام:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	بال دی تاریخ پیدائش: تاریخ _____ مہینہ _____ سال _____
Child's address:	بال دا پتہ:
Mother's name:	ماں دا نام:
Father's name:	پیو دا نام:
Contact telephone number(s):	رابطے لی ٹیلیفون نمبر (نمبرز):
Email address:	ای میل ایڈریس:
Please tick all the answer boxes that apply to your child.	میربانی کر کے اوہناں سارے جوابی خانیاں تے نشان لاؤ جیناں دا تہاڈے بال تے اطلاق ہوندا اے۔
1.1 Which of the following best describes your child: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.1 کیہڑی جنس نال تہاڈے بال دی بہترین نمائندگی ہوندی اے: <input type="checkbox"/> بندہ <input type="checkbox"/> زنانی <input type="checkbox"/> کوئی ہور <input type="checkbox"/> نہ دسنا ترجیح اے
1.2 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	1.2 مذہب: <input type="checkbox"/> بدھ مت <input type="checkbox"/> عیسائی <input type="checkbox"/> ہندو <input type="checkbox"/> یہودی <input type="checkbox"/> مسلمان

<input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion	<input type="checkbox"/> سیکھ <input type="checkbox"/> ٻہور مذہب <input type="checkbox"/> کوئی مذہب نئیں
<p>1.3 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>1.3 بول چال دی مڈھلی بولی:</p> <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> البانی <input type="checkbox"/> تیگرینیا <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> یوکرینی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> کوئی ٻہور
<p>1.4 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>1.4 بول چال دی دوچی بولی:</p> <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> البانی <input type="checkbox"/> تیگرینیا <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> یوکرینی <input type="checkbox"/> دری <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> کوئی نئیں <input type="checkbox"/> کوئی ٻہور
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>1.5 کیه تهاڈے بال نوں مترجم دی لوڑ اے؟</p> <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نئیں
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.6 کیه تهاڈے بال نوں اشاریاں دی بولی وچ معاونت دی لوڑ اے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age (s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s) <input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<p>UK 1.7 وچ ایس ویلے اوس گھر وچ کون ریٹش پذیر اے جتھے تهاڈا بال رہندا اے؟</p> <input type="checkbox"/> ماں <input type="checkbox"/> پاپو <input type="checkbox"/> بھرا اوپناں دی تعداد کئی اے؟ _____ اوپناں دی عمر (عمران) کیه نیں؟ _____ <input type="checkbox"/> بہین (بہیناں) اوپناں دی تعداد کئی اے؟ _____ اوپناں دی عمر (عمران) کیه نیں؟ _____ <input type="checkbox"/> کوئی ٻہور اوپناں دی تعداد کئی اے؟ _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <input type="checkbox"/> No	<p>1.8 کیه تهاڈا بال نرسری یا اسکول جاندا اے؟</p> <input type="checkbox"/> جی نئیں

<p><input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age</p> <p><input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school</p> <p><input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place</p> <p><input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> میرا بال آج 2 سال توں گھٹ عمر دا اے</p> <p><input type="checkbox"/> اسی داخلے لئی درخواست دتی اے پر ہالے تیکر کیسے نرسری/اسکول وچ داخل نئیں کیتا گیا</p> <p><input type="checkbox"/> میں ایس بارے جانکاری لینا چاہندا/چاہندی آں کہ مینوں نرسری یا اسکول وچ داخلے لئی درخواست دین وچ معاونت کیتھوں لبھ سکدی اے</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں – میربانی کر کے نرسری یا اسکول دا ناں دسو</p> <p>_____</p>
<p>Section two: Health questions</p>	<p>دوجا حصہ: صحت توں متعلق سوالات</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 کیه تہانوں اپنے بال توں متعلق کوئی خدشے لاحق نیں؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 کیه ایس ویلے تہاڈے بال دی طبیعت خراب اے یا اوہ بیمار اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 کیه تہاڈے بال نوں صحت دے رولے دے کارن چھیتی مدد دی لوڑ اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p> <p><input type="checkbox"/> Breathing problems</p> <p><input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoea</p> <p><input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their urine</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their stool</p> <p><input type="checkbox"/> Headache</p> <p><input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood</p>	<p>2.4 کیه موجودہ طور تے تہاڈے بال وچ تھلے دتیاں وچوں کوئی علامتاں پائیاں جاندیاں نیں؟ میربانی کر کے سارے قابل اطلاق تے نشان لاؤ</p> <p><input type="checkbox"/> ابھار وچ گھاٹا</p> <p><input type="checkbox"/> کھنگ</p> <p><input type="checkbox"/> کھنگ وچ لہو آونا</p> <p><input type="checkbox"/> سوتے ہوئے مڑکا آونا</p> <p><input type="checkbox"/> شدید تھکاوٹ</p> <p><input type="checkbox"/> ساہ لین وچ اوکڑاں</p> <p><input type="checkbox"/> تاپ</p> <p><input type="checkbox"/> دست</p> <p><input type="checkbox"/> قبض</p> <p><input type="checkbox"/> جلدی مرضاں یا دھپڑ</p> <p><input type="checkbox"/> اوہناں دے پیشاب وچ لہو آونا</p> <p><input type="checkbox"/> اوہناں دے پاخانے وچ لہو آونا</p> <p><input type="checkbox"/> سر دی پیڑ</p>

<input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> تکلیف <input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> پریشان کرن آلیاں یاداں یا ڈراؤنے سپنے <input type="checkbox"/> سون وچ اوکڑاں <input type="checkbox"/> ایداں محسوس کرنا کہ اوہ خود نوں نقصان پہنچانا چاہندے نیں یا حیاتی توں بیزار نیں <input type="checkbox"/> کوئی ہور
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 میربانی کر کے جئے دی تصویر تے اوس حصے (حصاں) تے نشان لاؤ جتھے اوہ موجودہ طور تے اپنی صحت دے رولے (رولیاں) دا شکار نیں</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.6 کیہ تہاڈے بال دی پیدائش ویلے توں پہلاں ہوئی سی (چھٹی پیدائش ہوئی – حمل دے 37 ہفتیاں/8.5 مہینیاں توں پہلاں ہوئی)؟</p> <input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں
<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 کیہ تہاڈے بال نوں پیدائش توں بعد فوری طور تے صحت دا کوئی رولا لاحق ہویا سی جیویں ساہ لین وچ اوکڑاں، انفیکشن، دماغی چوٹ؟</p> <input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں

<p>2.8 New babies only (up to 3 months old): Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.8 صرف نومولود بالوں لئی (3 مہینے دی عمر تیکر): کیہ تہاڈے بال دی پیدائش توں بعد GP (ڈاکٹر) ولوں 6-8 ہفتیاں وچ معائنہ کیتا گیا سی؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9 کیہ تہاڈا بال صحت دے کیے وی قسم دے معلوم رولیاں دا شکار اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia <input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <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</p> <p><input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.10 کیہ تہاڈے بال نوں تھلے دتیاں بیماریاں وچوں کوئی لاحق اے؟ میربانی کر کے ساریاں قابل اطلاق تے نشان لاؤ</p> <p><input type="checkbox"/> دمہ <input type="checkbox"/> لہو دا مرض <input type="checkbox"/> لہو دے رتے خلیاں دی شکل دا مرض <input type="checkbox"/> تھیلیسیمیا</p> <p><input type="checkbox"/> کینسر <input type="checkbox"/> دندان دے رولے <input type="checkbox"/> شوگر <input type="checkbox"/> مرگی <input type="checkbox"/> اکھاں دے رولے <input type="checkbox"/> گناں، نک یا گلہ <input type="checkbox"/> دل دیاں مرضاں <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس B <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> گردیاں دے رولے <input type="checkbox"/> جگر دے رولے <input type="checkbox"/> ذہنی صحت دے رولے <input type="checkbox"/> فسرگی/ڈپریشن <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> صدمہ توں بعد دے تناؤ دا مرض (Post-PTSD, traumatic stress disorder) <input type="checkbox"/> ماضی وچ خود نوں نقصان پہنچایا <input type="checkbox"/> خودکشی دی کوشش کیتی <input type="checkbox"/> کوئی ہور</p> <p><input type="checkbox"/> جلدی مرضاں <input type="checkbox"/> تھائی رائیڈ دی بیماری <input type="checkbox"/> تپ دق (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> کوئی ہور</p>
<p>2.11 Has your child ever had any operations / surgery?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.11 کیہ تہاڈے بال دا کدی وی کوئی آپریشن ہويا / کوئی سرجری ہوئی؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>

<p>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.12 کیا تہاڈے بال نوں جنگ، لڑائی یا تشدد دے نتیجے توں کیسے جسمانی چوٹ سامنا کرنا پیا اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.13 Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 کیا تہاڈے بال نوں ذہنی صحت دے کوئی رولے لاحق نیں؟ ایہہ کیسے جنگ، لڑائی، تشدد یا زبردستی ملک بدری دے نتیجے توں ہو سکدے نیں؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.14 کیا تہاڈے بال نوں کوئی جسمانی معذوری یا ٹرن پھرن وچ اوکڑاں دا سامنا اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply</p> <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>	<p>2.15 کیا تہاڈا بال کیسے جسی خرابی وچ مبتلا اے؟ میریانی کر کے ساری قابل اطلاق تے نشان لاؤ</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> نابینا پن <input type="checkbox"/> نظر دی جزوی خرابی <input type="checkbox"/> مکمل بولا پن <input type="checkbox"/> جزوی طور تے گھٹ سننا <input type="checkbox"/> سُنکھن اے/یا چکھن دے رولے</p>
<p>2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.16 کیا تہاڈے خیال وچ تہاڈا بال سکھن دی معذوری یا روئے تے مبی رولے دا شکار اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17 کیا تسی اپنے بال دی بڑھوتری جیویں اوہدے بہار/قد توں متعلق کوئی خدشے لاحق نیں؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.18 Babies only: Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.18 صرف نیک بالوں لئی: کیا تہاڈا بال دودھ پین توں متعلق کیسے رولے دا شکار اے جیویں الٹی کرنا، متلی آونا، دودھ پین توں انکار کرنا؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>
<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p>	<p>2.19 کیا بال دے قریبی ٹبر وچوں کوئی شخص (بیو، ماں، بھین بہرا اے دادا/دادی) تھلے دتیاں وچوں کیسے وچ مبتلا سی یا رہیا اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> دمہ</p>

<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> کینسر <input type="checkbox"/> ڈپریشن/ذہنی صحت دا مرض <input type="checkbox"/> شوگر <input type="checkbox"/> دل دا دورہ <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس B <input type="checkbox"/> ودھ بلڈ پریشر <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> سکھن دی معذوری <input type="checkbox"/> فالج <input type="checkbox"/> تپ دق (TB) <input type="checkbox"/> کوئی ہور								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list your child’s prescribed medicines and doses in the box below</p> <p>Please bring any prescriptions or medicines to your child’s appointment</p> <table border="1" data-bbox="151 1019 778 1489"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 کیا تہاڈا بال کوئی نسخہ جاتی دوائیاں ورت رہیا اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں – میربانی کر کے اوہناں دوائیاں اتے خوراکاں نوں تھلے دتے گئے خانے وچ درج کرو، جیہڑیاں تہاڈے بال لئی تجویز کیتیاں گئیاں نہیں میربانی کر کے اپنے بال دی اپائنٹمنٹ تے کیسے وی قسم دے نسخے یا دوائیاں نال لے کے آؤ</p> <table border="1" data-bbox="826 1034 1455 1489"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نال</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نال		
Name	Dose								
خوراک	نال								
<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.21 کیا تسی اگلے کچھ ہفتیاں وچ اوہناں دوائیاں دے مک جان بارے پریشان او؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>								

<p>2.22 Does your child take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below</p> <p>Please bring any medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="151 622 778 1055"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22 کیا تہاڈا بال کوئی ایذاں دیاں دوائیاں لیندا اے جیہڑیاں صحت دے ماہر ولوں تجویز کیتیاں نئیں جیویں اوہ دوائیاں جیہڑیاں تسی فارمیسی/دکان/انٹرنیٹ یا باہر لے ملک توں منگوائیاں ہوں؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں – میربانی کر کے اوہ دوائیاں اتے خوراکاں تھلے دتے گئے خانے وچ درج کرو</p> <p>میربانی کر کے اپنے بال دی اپائنٹمنٹ تے کیسے وی قسم دیاں دوائیاں نال لے کے آؤ</p> <table border="1" data-bbox="826 633 1453 1070"> <thead> <tr> <th>خوراک</th> <th>نال</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	خوراک	نال		
Name	Dose								
خوراک	نال								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23 کیا تہاڈے بال نوں کیسے دوائی توں الرجی اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>								
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24 کیا تہاڈے بال نوں کیسے ہور شے توں الرجی اے؟ (جیویں کیسے خوراک، کیڑے مکوڑے دے کٹن توں، لیٹیکس دستانیاں توں)؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں</p>								
<p>Section three: Vaccinations</p>	<p>تیجا حصہ: ویکسینیشنز</p>								
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?</p> <p>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.1 کیا تہاڈے بال نوں اوہدی عمر دے حساب توں اوہدے آبائی ملک وچ بچپن دے سارے حفاظتی ٹیکے لوائے گئے سی؟</p> <p>جے تہاڈے کول حفاظتی ٹیکیاں دا ریکارڈ موجود اے، تاں میربانی کر کے اپنی اپائنٹمنٹ تے اوہناں نوں نال لے کے آؤ۔</p> <p><input type="checkbox"/> جی نئیں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> مینوں معلوم نئیں</p>								

<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 کیہ تہاڈے بال نوں تپ دق (TB) دا ٹیکہ لگ چُکیا اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</p> <p><input type="checkbox"/> مینوں معلوم نہیں</p>
<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.3 کیہ تہاڈے بال نوں COVID-19 دا ٹیکہ لگ چُکیا اے؟</p> <p><input type="checkbox"/> جی نہیں</p> <p><input type="checkbox"/> جی ہاں</p> <p><input type="checkbox"/> 1 خوراک</p> <p><input type="checkbox"/> 2 خوراکیں</p> <p><input type="checkbox"/> 3 خوراکیں</p> <p><input type="checkbox"/> 3 توں ودھ خوراکیں</p> <p><input type="checkbox"/> مینوں معلوم نہیں</p>
<p>If there is something relating to your child's health that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment</p>	<p>جے تہاڈے بال دی صحت توں متعلق کوئی ایذاں دی گل اے جیہڑی تسی ایس فارم وچ سانجھا کرن تے جھجھک محسوس کردے او اتے تسی اوہنوں ڈاکٹر نال سانجھا کرنا چاہندے او، تاں میربانی کر کے اپنی GP نوں کال کرو اتے اپائنٹمنٹ طے کرواؤ</p>