

Health Assessment (Part 2)

Do you recall having received immunisation or vaccination? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا به یاد می آورید که مصونیت به بدن یا واکسین دریافت کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Tetanus <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	تیتانوس <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Diphtheria <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	دیفتری <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Meningitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ملنجیت <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Mumps <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	گوشک <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Mantoux/Heaf Test <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	معاینه Mantoux/قفسه سینه <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Chest x-ray <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ایکسری قفسه سینه <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Polio <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	فلج اطفال <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Hepatitis B <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هپاتیت B <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Measles <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	سرخکان <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
BCG <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	BCG <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
COVID-19 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> one dose <input type="checkbox"/> two doses	کووید-19 <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> یک دوز <input type="checkbox"/> دو دوز

Have you had any of the following: Measles <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Mumps <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Chicken pox <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا موارد زیر را داشته اید: سرخکان <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر گوشک <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر چیچک <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
--	--

DARI

TB Assessment	ارزیابی توبرکلوز
Do you currently have a cough, producing sputum or unexplained breathless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا در حال حاضر سرفه دارید، بلغم سینه ایجاد می کنید یا بدون دلیل بی نفس هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Is your weight stable (has not changed much)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا وزن شما ثابت است (تغییر چندانی نکرده است)؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Have you had any significant weight loss? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا کاهش وزن قابل توجهی داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Have you had fever or night sweats that are unusual for you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا تب یا عرق شبانه داشته اید که برای شما غیر معمول است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Do you have any unusual swelling in your neck or lymph nodes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا تورم غیر عادی در گردن یا غدد لنفاوی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Any TB history? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No When? What treatment did you receive? How long was the treatment?	آیا سابقه مرض توبرکلوز دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر چی زمانی؟ چه نوع تداوی دریافت کردید؟ تداوی چقدر طول کشید؟
Have you been in recent contact with anyone with TB? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا اخیراً با فردی مبتلا به توبرکلوز در تماس بوده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

DARI

Blood-borne infection	عفونت منتقله از راه خون
Have you injected drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا دوا تزریق کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Have you been tested for HIV? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا برای HIV معاینه شده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Have you been tested for Hepatitis B? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا برای هپاتیت B معاینه شده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Have you been tested for Hepatitis C? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا برای هپاتیت C معاینه شده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
If yes, do you know your result?	اگر بله، آیا نتیجه خود را می دانید؟
Did you get any treatment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا تحت مداوی قرار گرفتید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
If yes, what treatment did you get?	اگر بله، چه مداوی دریافت کردید؟

Dental	وابسته به دندانسازی
<p>Do you have any current dental problems or issues?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> pain</p> <p><input type="checkbox"/> swelling</p> <p><input type="checkbox"/> ulcers in mouth</p> <p><input type="checkbox"/> broken teeth</p> <p>Other</p>	<p>آیا در حال حاضر مشکلات دندانی دارید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی</p> <p><input type="checkbox"/> نخیر</p> <p><input type="checkbox"/> درد</p> <p><input type="checkbox"/> تورم</p> <p><input type="checkbox"/> زخم در دهان</p> <p><input type="checkbox"/> دندان های شکسته</p> <p>دیگر</p>
<p>When did you last see a dentist?</p>	<p>آخرین بار چی وقت به داکتر دندان مراجعه کرده اید؟</p>
<p>What is your recent dental treatment?</p>	<p>تداوی دندان اخیر شما چیست؟</p>
<p>Did you have any past complex dental treatment?</p>	<p>آیا قبلاً تداوی پیچیده دندان داشته اید؟</p>

For female patients	برای مریضان زن
We will be asking questions that may be uncomfortable with you. We understand if you do not like to answer them.	ما سوالاتی خواهیم پرسید که ممکن است برای شما ناراحت کننده باشد. ما درک می کنیم اگر دوست ندارید به آنها پاسخ دهید.
Do you use any contraception (birth control)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا از دواهای پیشگیری از بارداری (کنترول بارداری) استفاده می کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
If yes, which kind?	اگر بله، کدام نوع؟
Would you like information about contraception and speak to someone about it in confidence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا می خواهید اطلاعاتی در مورد پیشگیری از بارداری داشته باشید و در مورد آن به صورت محرمانه با کسی صحبت کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
Do you want to speak in confidence to someone about female genital mutilation (FGM) or cutting of female genitals? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا می خواهید به طور محرمانه در مورد ختنه زنان یا قطع آله تناسلی زنان صحبت کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر