

## Health Assessment (Part 2)

<b>Do you recall having received immunisation or vaccination?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		آیا په یاد لری چې د بدن د فاعی سیستم د پیاورتیا یا نور واکسین مو ترلاسه کړي وي <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
<b>Tetanus</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	تیتانوس <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	<b>Polio</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Diphtheria</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	خورسک <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	<b>Hepatitis B</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Meningitis</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	د ملنجیت <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	<b>Measles</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Mumps</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ډډغومبوری <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	<b>BCG</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Mantoux/Heaf Test</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Mantoux/Heaf آزمونیږه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	<b>COVID-19</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> one dose <input type="checkbox"/> two doses
<b>Chest x-ray</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	د سینې اپکسری <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	<b>هیبپاتایت B</b> <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <b>بوزکانی</b> <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <b>BCG</b> <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <b>کووډ-19</b> <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> یو دوز <input type="checkbox"/> دوه دوزه

<b>Have you had any of the following:</b> <b>Measles</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Mumps</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Chicken pox</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا له لاندې ناروغیو څخه مو کومه یوه لرلي ده؟ <b>بوزکانی</b> <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <b>ډډغومبوری</b> <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <b>چیچک</b> <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
--	--

PASHTO

TB Assessment	د نري رنځ ارزونه
Do you currently have a cough, producing sputum or unexplained breathless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا تاسو همدا اوس ټوخی ټوخی لرئ، بلغم لرئ، یا له دلیل پرته سا نیولی یاستئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Is your weight stable (has not changed much)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا ستاسو وزن ثابت دی (ډېر تغیر نه مومي) <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Have you had any significant weight loss? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا خپل وزن مو له لاسه ورکوی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Have you had fever or night sweats that are unusual for you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا تبه یا د شپې له خوا غیر عادي خولې لرئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Do you have any unusual swelling in your neck or lymph nodes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا په خپله غاړه کې غیر عادي پرسوب یا د لېمف غدې لرئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Any TB history? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  When?  What treatment did you receive?  How long was the treatment?	د نري رنځ سابقه لرئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه  کله؟  څه ډول درملنه مو تر لاسه کړه؟  درملنه د څومره مودې لپاره وه؟
Have you been in recent contact with anyone with TB? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا په دې وروستیو کې مو له داسې کوم چا سره تماس لرلی دی چې په نري رنځ اخته وي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه

<b>Blood-borne infection</b>	<b>له ويني څخه رامنځ ته شوي ناروغي</b>
Have you injected drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آيا درمل مو د پېچکاري په واسطه تزريق کړي دي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Have you been tested for HIV? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آيا کله مو د اېچ آي وي لپاره آزموينه کړې ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Have you been tested for Hepatitis B? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آيا کله مو د هېپاټېټ B لپاره آزموينه کړې ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
Have you been tested for Hepatitis C? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آيا کله مو د هېپاټېټ C لپاره آزموينه کړې ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
If yes, do you know your result?	که ځواب هو وي، آيا نتيجه مو درسره لرئ؟
Did you get any treatment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آيا کوم ډول درملنه مو کړې ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
If yes, what treatment did you get?	که ځواب هو وي، څه ډول درملنه مو کړې ده؟

Dental	د غاښو درملنه
<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>آيا دا مهال د غاښو اړوند کومه ستونزه يا مشکل لري؟</p> <p><input type="checkbox"/> هو</p> <p><input type="checkbox"/> نه</p> <p><input type="checkbox"/> درد</p> <p><input type="checkbox"/> پرسوب</p> <p><input type="checkbox"/> په خوله کې زخموڼه</p> <p><input type="checkbox"/> مات غاښونه</p> <p>بل څه</p>
<p>When did you last see a dentist?</p>	<p>وروستی ځل مو کله د غاښو له ډاکټر سره کتلي دي؟</p>
<p>What is your recent dental treatment?</p>	<p>ستاسو د غاښو وروستی درملنه څه ده؟</p>
<p>Did you have any past complex dental treatment?</p>	<p>آيا په تېر کې مو د غاښو کومه پېچلې درملنه لرلې ده؟</p>

PASHTO

<p><b>For female patients</b></p>	<p><b>د بنځینه ناروغانو لپاره</b></p>
<p>We will be asking questions that may be uncomfortable with you. We understand if you do not like to answer them.</p>	<p>موږ کېدی شي داسې پوښتنې وکړو چې ستاسو لپاره ناراحتوونکې وي. موږ پوهېږو چې تاسو نه غواړئ ځوابونه ورکړئ.</p>
<p>Do you use any contraception (birth control)?  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>آیا له امپندواری څخه د مخنیوي کومه لاره کاروئ؟  <input type="checkbox"/> هو  <input type="checkbox"/> نه</p>
<p>If yes, which kind?</p>	<p>که ځواب هو وي، څه ډول؟</p>
<p>Would you like information about contraception and speak to someone about it in confidence?  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>آیا تاسو غواړئ له امپندواری څخه د مخنیوي د لارو چارو په اړه معلومات ترلاسه کړئ او له یو چا سره په ډاډ په دې هکله خبرې وکړئ؟  <input type="checkbox"/> هو  <input type="checkbox"/> نه</p>
<p>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</p>	<p>آیا غواړئ په ډاډ سره له کوم چا سره د بنځو د ختنه/سنت کولو یا د هغوی د تناسلي آلې د پرې کولو په هکله خبرې وکړئ؟  <input type="checkbox"/> هو  <input type="checkbox"/> نه</p>