

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 واکسیناسیون دریافت کرده اید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Tetanus <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	کزاز <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Diphtheria <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	دیفتیری <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Meningitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	مننژیت <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Mumps <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	اوریون <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Mantoux/Heaf Test <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آزمایش Mantoux/قفسه سینه <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Chest x-ray <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	عکس برداری از قفسه سینه <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Polio <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	فلج اطفال <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Hepatitis B <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هپاتیت B <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Measles <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	سرخک <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
BCG <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	BCG <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
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"/> آره <input type="checkbox"/> خیر <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: سرخک <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر اوریون <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر آبله مرغان <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
--	---

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

Blood-borne infection	عفونت منتقله از راه خون
Have you injected drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا دارو تزریق کرده اید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Have you been tested for HIV? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا برای HIV آزمایش شده اید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Have you been tested for Hepatitis B? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا برای هپاتیت B آزمایش شده اید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
Have you been tested for Hepatitis C? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	آیا برای هپاتیت C آزمایش شده اید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
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 درمان قرار گرفتید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر
If yes, what treatment did you get?	اگر بله، چه درمانی 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"/> آره</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</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 کی به دندانپزشک مراجعه کردید؟</p>
<p>What is your recent dental treatment?</p>	<p>درمان دندانپزشکی اخیر شما چیست؟</p>
<p>Did you have any past complex dental treatment?</p>	<p>آیا قبلاً درمان پیچیده دندانپزشکی داشته اید؟</p>

FARSI

<p>For female patients</p>	<p>برای بیماران زن</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>ما سوالاتی خواهیم پرسید که ممکن است برای شما ناراحت کننده باشد. ما درک می کنیم اگر دوست ندارید به آنها پاسخ دهید.</p>
<p>Do you use any contraception (birth control)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>آیا از داروهای پیشگیری از بارداری (کنترل بارداری) استفاده می کنید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>If yes, which kind?</p>	<p>اگر بله، کدام نوع؟</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 می خواهید اطلاعاتی در مورد پیشگیری از بارداری داشته باشید و در مورد آن به صورت محرمانه با کسی صحبت کنید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر</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 می خواهید به طور محرمانه در مورد ختنه زنان یا قطع آله تناسلی زنان صحبت کنید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر</p>