



د نن نېټه:

د زیرېدنې نېټه:

ناروغ نوم:

ترجیحی نوم یا لقب: مور غواړو ستاسو ځانگړې اړتیاوې وپېژنو ترڅو وکولی شو ستاسو څخه غوره مراقبت وکړو او لطفاً سم ځواب مهرباني وکړئ دې پوښتنو ته تر ټولو غوره ځواب ورکړئ. مور غواړو ستاسو ځوابونه محرم دي او یوازې زموږ د اسنادو لپاره کارلو کېږي. انتخاب کړئ، "هو"، "نه"، "نه پوهېږم" (نه پوهېږم). ستاسو ځوابونه محرم دي او یوازې زموږ د اسنادو لپاره کارلو کېږي. ---یوازې تور یا آبی قلم---

روغتیایی

د غابونو درملنه

هو نه نه پوهېږم

آیا ستاسو په روغتیا کې لوی بدلون راغلی دی؟

□ □ □

تیر کال؟ □ □ □

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح بېکړئ: □ □ □

آیا تاسو د ډاکټر تر څارنې لاندې یاست او یا یې تر لاسه کوی کوی

□ □ □

جاري طبي مراقبت؟ □ □ □

ستاسو د ډاکټر نوم: □ □ □

د ډاکټر د تلیفون شمېره: □ □ □

ستاسو د وروستی طبي لیندې نېټه: □ □ □

آیا تاسو مېنډواره یاست؟ □ □ □

که چېرې مو ځواب هو وي، د پای نېټه: □ □ □

آیا تاسو مو ماشوم ته د مور شیدې ورکوی؟ □ □ □

آیا تاسو کوم مصنوعي مفصلونه، د زړه والونه، د بدن د غړو تبدیلی،

یا پروتیز لرلی دی؟ □ □ □

آیا تاسو ته کله هم ویل شوي چې تاسو اړتیا لرئ مخکې له مخکې درمل واخلئ

د غابونو درملنې لپاره؟ □ □ □

آیا تاسو تر اوسه جراحي، اپکس ری درملنه یا کیموگرافي

د تومور، نمو یا نورو شرایطو لپاره لرلي دي؟ □ □ □

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح بېکړئ: □ □ □

□ □ □

□ □ □

□ □ □

هو نه نه پوهېږم

آیا اوسمهال کومه رواني نارامي لرئ؟ □ □ □

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح بېکړئ: □ □ □

آیا تاسو د غابونو د پخواني درملنې په برخه کې له کومې ستونزې سره مخ شوي یاست؟ □ □ □

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح بېکړئ: □ □ □

تاسو انډېنېمن کوي؟ □ □ □

آیا تاسو تر اوسه د غابونو د ایستلو، جراحي یا زخم له امله

کومه جدي یا غیر نورماله خونریزي لرلي ده؟ □ □ □

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح بېکړئ: □ □ □

ستاسو د غابونو د وروستی درملنې د ملاقات نېټه: □ □ □

څومره وخت وروسته خپل غابونه برس کوی؟ □ □ □

څومره وخت وروسته مو په غابونو کې نار وئی؟ □ □ □

تور:

لطفاً سم ځواب انتخاب کړئ، "هو"، "نه"، "ته پوهېږم" (نه پوهېږم):

هو نه نه پوهېږم

آیا ټنباکو کاروی؟ □ □ □ څه څومره

آیا الکول څښی؟ □ □ □ څه څومره

آیا تاسو د مخدره توکو د ناوره استفادې سابقه لرئ؟ □ □ □ که چېرې مو ځواب هو وي، تشریح یې کړئ: □ □ □

درمل

آیا تاسو د نسخې تجویز شوي درمل یا بې نسخې درمل کاروی؟

هو نه نه پوهېږم

□ □ □

لطفاً ټول هغه درمل لست کړئ چې تاسو یې استفاده کوی (لطفاً د نسخې درمل او بې نسخې درمل ذکر کړئ):

درمل: دوز: په څومره وخت کې یې خورئ: د درملو دلیل:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

حساسیتونه

آیا له کوم څه سره حساسیت لرئ؟

هو نه نه پوهېږم

□ □ □

لطفاً د عکس العمل په شمول خپل ټول حساسیتونه لست کړئ:

حساسیت له: عکس العمل:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

روغتيايي معلومات:

لطفاً سم خواب انتخاب کړئ، "هو"، "نه"، "نه پوهېږم" (نه پوهېږم).

<p><b>زړه او د وينې د دوران ستونزې:</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>قلبي سکتته.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>که چېرې مو خواب هو وي، وخت يې ذکر کړئ</p> <p>د وينې لوړ فشار.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د سينې درد (اګينا).....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د زړه ضريان.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>مصنوعي والونه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نورې قلبي ستونزې.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>	<p><b>د معدې ستونزې</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>د معدې درد.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د زړه اېشپدل.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>پخواني زخمونه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د کولمو پرسوب.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>	<p><b>عصبي ستونزې</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>بېهوښي/آني حمله.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>شدید سر درد.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د سر د زخم سابقه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د ځنگلو، لاسونو يا پښو بي حسي.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د حملې سابقه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>که چېرې مو خواب هو وي، څخه بېهوښه شوي ياست؟ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>
<p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>شکر – 1 ډول.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د شکر II ډول.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د تايرايډ ستونزې.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د غدې نورې ستونزې.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>	<p><b>د رواني روغتيا ستونزې</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>خيگان.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>اضطراب.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د رواني ناروغيو سابقه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>درمل.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>	<p><b>د وينې ستونزې</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>ستونزې.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>انيميا.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د وينې ټينګېدل.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ايا تاسو د وينې د نري کولو درمل مصرفي؟ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>که که چېرې مو خواب هو وي، د INR وروستي کچه نظريات _____</p>
<p><b>تنفسي او د سپرو ستونزې</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>تبه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>سالنډي.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>دوامداره توخي.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>مټيټه معاينه/درملنه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د توبر کلوز لپاره.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>موسمي حساسيتونه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نفس تنګي.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ايمفيزيما.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>له توخي سره خونريزي.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>	<p><b>د عضلاتو او هډوکو ستونزې</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>د مفصلونو/ملا درد.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د هډوکو د ماتېدو سابقه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د مفصلونو پرسوب.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د مفصلونو درد.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>	<p><b>نور</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>کورني تاوتریخوالی.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د معافيټي سيستم اختلالات.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د وينيريل ناروغي.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>AIDS/HIV.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>پښتورګي او مثانه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ستونزې.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>مکرر ادرار.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د داخلي مجرا کانو مکروبي کېدل.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>
<p><b>جلدي ستونزې</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>خارښتونه.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د خالونو پيدا کېدل.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>	<p><b>ځيګر</b></p> <p>هو نه نه پوهېږم</p> <p>A، B، يا C ډول هپاټايت.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د ځيګر الکولي ناروغي.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>د ځيګر نورې ناروغي.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>زېري.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>نظريات _____</p>	<p>ايا نورې ناروغي، روغتيايي شرايط يا ستونزې لري چې په لست کې نه دي موجودي؟</p> <p>.....<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>که چېرې مو خواب هو وي، لطفاً تشریح يې کړئ</p> <p>_____</p>

زه پوهېږم چې نظر زما پوهې ته، ټول پورتنې خوابونه سم او صحيح دي. که چېرې مي کوم وخت په روغتيا يا درملو کې بدلون راشي، زه به ژر تر ژره خپل روغتيايي چمتوګونکي ته خبر ورکړم. نو په دې توګه، زه د بورلېنګټن د ټولنيزې روغتيا مرکزونو ته خپل رضايټ څرګندوم چې زما څخه دې درملنه ترسره کړي، او (يا د هغه کس چې زه يې سپرست، پالونکی يا والد یم).

موږ تاسو ته وخت ځانګړی کړی دی. که چېرې تاسو ناوخته راځئ يا مو غواړئ د ملاقات وخت تبديل کړئ، نو څومره چې ژر کيږي، زموږ سره اړيکه ونيسئ. ستاسو ناوخته راتګ د دې لامل کيږي چې ستاسو چمتو ګوونکی تاسو ته د ملاقات بل وخت ونيسي ترڅو د درملني لپاره مو کافي وخت موجود وي.

که چېرې کوم ملاقات ته حاضر نه شوي، بايد د ملاقات در اټلونکي دور پورې په تمه شئ. که چېرې دريو ملاقاتونو ته حاضر نه شئ، يوازې کولی شئ په همغه ورځ کې بل ملاقات ونيسئ. کله چې د ملاقات وخت نه شئ نيولی او موږ ته زنگ ووهئ، نو موږ کولی شو نور هغه کسان وګورو چې ملاقات ته په تمه دي. دا قوانين ثابت دي ترڅو وکولی شو ټولو اړينو کسانو ته خدمات وړاندي کړو.