≥14 سال کی عمر کے صارفین میں ویکسینیشن سے پہلے کی تشخیصی شیٹ اور مینٹوکس mantoux پر عمل درآمد **Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in utenti con età ≥14 anni** **URDU**	**Procedura Aziendale** **Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO**

مریض کے لیے تیار کردہ حصہ

Cognome فیملی نام	Nome نام
Data di nascita ___/___/______تاریخ پیداءش	E-mail ایمیل
N di telefono ٹلیفون نمبر	**no□ si□**

1)کیا آج اچھا محسوس کر رہے ہیں؟	□ نہیں	□ ہاں
Sta bene oggi?		
2)کیا آپ کو کبھی دورے، مرگی یا اعصابی عارضے ہوئے ہیں؟	□ نہیں	□ ہاں
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?		
3)کیا آپ کو دواءی، خوراک، لیٹیکس یا دیگر مادوں سے الرجی ہے؟ اگر "ہاں" تو لکھیں:	□ نہیں	□ ہاں
È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? **Se "si" specificare:**		
4)کیا آپ کو کبھی ویکسین/مینٹوکس کی پچھلی خوراک پر شدید ردعمل ہوا ہے؟	□ نہیں	□ ہاں
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?		
5)کیا آپ میں مدافعتی نظام کی کمی ہے یا دیگر بیماریاں جیسے کینسر، لیوکیمیا، ایچ آئی وی انفیکشن؟	□ نہیں	□ ہاں
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?		
6)کیا آپ کو دائمی آٹومیمون/ریومیٹک، میٹابولک، کارڈیک، سانس، گردوں، دیگر اعضاء یا نظام کے امراض یا جمنے کی خرابی ہے؟ اگر "ہاں" تو لکھیں:	□ نہیں	□ ہاں
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? **Se "si" specificare:**		
7)پچھلے چند مہینوں میں، آپ نے طویل مدتی تھراپی کو نافذ کیا ہے: کیا آپ نے مسلسل دوائیں لی ہیں یا آپ نے ریڈیو تھراپی یا ڈائیلاسز کرایا ہے؟	□ نہیں	□ ہاں
Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?		
8) کیا آپ کی کبھی بڑی سرجری ہوئی ہے؟ (مثلاً پیوند کاری)	□ نہیں	□ ہاں
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)		
9) کیا آپ نے پچھلے مہینے میں ویکسین حاصل کی ہیں؟ اگر "ہاں" تو لکھیں:	□ نہیں	□ ہاں
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? **Se "si" specificare:**		
10) کیا آپ کو کبھی ٹی بی ہوا ہے یا آپ کے خاندان کے ایسے افراد جن کو ٹی بی ہوا ہے؟	□نہی	□ ہاں
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?		
11) اگر ایک عورت، کیا آپ حاملہ ہیں؟ اگر "ہاں" ہفتہ کی نشاندہی کریں:	□ نہیں	□ ہاں
Se donna, è in gravidanza? Se "si" indicare la settimana:_		
12) اگر ایک عورت، کیا آپ دودھ پلا رہی ہیں؟	□ نہیں	□ ہاں
Se donna, è in allattamento?		
PER VACCINI VIVI صرف لائیو ویکسین کے لیے (اینٹی: زرد بخار، خسرہ-ممپس-روبیلا-چکن پاکس، ہرپس زوسٹر، ٹائیفائیڈ، ہیضہ		
13) کیا آپ نے پچھلے سال میں خون کی منتقلی، خون کی مصنوعات یا امیونوگلوبلینز حاصل کی ہیں؟	نہیں □	□ ہاں
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?		
14) ایسے لوگوں کے ساتھ رہتے ہیں جن کو بیماریاں ہیں جو قوت مدافعت کو کم کرتی ہیں۔ (مثلاً لیوکیمیا، ٹیومر، ایچ آئی وی/ایڈز) یا جو مدافعتی علاج سے گزر رہے ہیں (مثلاً، میرو ٹرانسپلانٹ، corticosteroids، کیمو تھراپی، ریڈیو تھراپی)؟	نہیں □	□ ہاں
Vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o che sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es. Trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)?		
15) کیا آپ حاملہ عورت کے ساتھ رہتے ہیں؟	□نہی	□ ہاں
Vive con una donna in gravidanza?		

(Data), تاریخ __________________________

(Firma dell'interessato/Genitore-i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia) دلچسپی رکھنے والے فریق کے دستخط / والدین/سرپرست سپورٹ ایڈمنسٹریٹر، قابل اعتماد شخص / موجود __________________________