

## ارزیابی صحتی اولیه از پناهجویان بزرگسال [دری]

Aikuisten turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastus [dari]

معلومات اولیه (یادآوری)	
نمبر او-مارک (UMAREK):	تاریخ ولادت:
تخلص و نام:	
معلومات پیشینہ‌ای	<p><b>سطح تحصیلات:</b> بلندترین سطح تعلیمی که گذرانده‌اید یا مدرک مسلکی که اخذ کرده‌اید کدام است؟</p> <p>اصلا کدام تحصیلاتی ندارم یا پیش‌دبستانی رفته‌ام / صنف ششم مکتب / تعلیمات اساسی / تعلیمات ثانویه / فوق‌دیپلم / کارشناسی / مافوق کارشناسی / محقق / سطح تعلیمی نامشخص</p>
	<p><b>مهارت خواندن:</b> چقدر خوب خواندن از روی نوشته را می‌دانید؟</p> <p>هر نوع نوشته را خوانده می‌توانم / متن‌های ساده را خوانده می‌توانم / نام‌ها، لغات و جملات بسیار ساده را خوانده می‌توانم / اصلا خوانده نمی‌توانم</p>
	<p><b>صلاحیت مسلکی یا مصروفیت شغلی:</b> پیش از آمدن به فنلاند مصروفیت شغلی اصلی‌تان در چه زمینه‌ای بود؟</p> <p>عسکری / ریاست / متخصصین ویژه / متخصص / خدمات به مشتریان و مراجعین یا خدمات اداری / امور فروش و خدمات / دهقان، جنگلیان و امثال آن / ساخت، تعمیرات و آماده‌سازی ابنیه و عمارات / مشاغل فرآوری و ترافیکی / کارهای دیگر / نامشخص</p>
<p><b>شرایط:</b> آیا ناچار شده‌اید در سرک، اردوگاه پناهجویان یا مرکز پذیرش پناهجویان بود و باش کنید یا بازداشت موقت یا در زندان بندی شده‌اید؟</p> <p>نه / در سرک / اردوگاه پناهجویان / مرکز پذیرش پناهجویان / بازداشت موقت / بندی در زندان / معلومات موجود نیست</p>	<p><b>محل‌های اقامت:</b> پیش از آمدن به فنلاند در کدام کشورها بود و باش کرده‌اید؟</p> <p>نام کشورها را بنویسید / در کدام کشور دیگری بود و باش نکرده‌ام / معلومات موجود نیست</p>
مریضی‌ها	<p><b>مریضی‌های دوام‌دار:</b> آیا به کدام مریضی یا مشکل صحتی دوام‌داری مبتلا هستید؟ مریضی‌ها می‌توانند مثلا تکلیف فشار خون، افسردگی، مریضی قلبی یا آلرژی.</p> <p>مریضی‌ها را نوشته کنید / نه / معلومات موجود نیست</p>
	<p><b>دوره‌های تداوی در شفاخانه و عملیات جراحی:</b> آیا روی شما تداوی یا معاینات بزرگی انجام شده است یا عملیات جراحی یا در شفاخانه بستر شده‌اید؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
دواها	<p><b>دواهایی که حالا باید مصرف شوند:</b> در حال حاضر کدام دواهایی تجویز شده است که در حال حاضر آنها را مصرف نمی‌کنید؟</p>
وضعیت فعلی صحت جسمی	<p><b>عوارض:</b> آیا طی یک ماه اخیر کدام عوارض یا ناراحتی‌هایی داشته‌اید؟ عوارضی مثل دندان‌درد، سردرد یا پشت‌درد، مشکلات و ناراحتی‌های گوارشی، عوارض جلدی یا لاغری ناخواسته.</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
	<p><b>سرفه کردن:</b> آیا طی یک ماه اخیر سرفه می‌کرده‌اید طوری در اثر سرفه کردن خلط یا خون از گلو خارج شود؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>

<p><b>توانایی فعالیت:</b> آیا کدام مشکل صحتی باعث ایجاد محدودیت برای تان می شود یا در امور روزمرتان اختلال ایجاد می کند؟ گزینه ها برای جوابتان این ها هستند: محدودیتی ایجاد نمی کند / محدودیت ایجاد می کند اما نه محدودیت جدی / محدودیت جدی ایجاد می کند</p>	
<p><b>شنوایی:</b> آیا مشکلی در شنوایی خود دارید که در فعالیت های روزمرتان مساله ایجاد کند؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	<p><b>بینایی:</b> آیا مشکلی در بینایی خود دارید که در فعالیت های روزمرتان مساله ایجاد کند؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>

<p><b>وضعیت آسایش روحی</b></p>	<p><b>تجربیات تکان دهنده:</b> گاهی برای انسان موضوعاتی اتفاق می افتند که شدیداً تکان دهنده هستند و ممکن است تأثیرات بلندمدتی بر صحت و آسایش شخص داشته باشند. در ادامه از شما درباره چند تجربه این چنینی سوالاتی پرسان می کنم. آیا موضوعات تکان دهنده ذیل را تجربه کرده اید: شکنجه شده اید؟ قربانی خشونت جنسی شده اید؟ آیا مجبور شده اید یا تحت فشار قرار گرفته اید یا فریب داده شده اید تا کارهایی را انجام بدهید که خودتان نمی خواستید آنها را انجام بدهید؟ آیا تجربیات تکان دهنده دیگری داشته اید؟ چگونه تجربیاتی؟ نه / شکنجه شده ام / مورد خشونت جنسی قرار گرفته ام / مجبور شده ام / دیگر تجربیات تکان دهنده / معلومات موجود نیست</p>													
	<p><b>تهدید به خشونت:</b> آیا احساس می کنید که شخصی شما را به خشونت تهدید کند؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	<p><b>معلومات:</b> آیا به دلیل کدام خشونت یا سانحه ای دچار معلومات شده اید؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>												
	<p><b>نشانه های مریضی های روحی (پرسش نامه پروتکت):</b> در ادامه در مورد عوارضی پرسان می کنم که تجربیات تکان دهنده فوق الذکر می توانند باعث پیدا شدن آنها شوند. به سوالات بر اساس وضعیت تان طی چند هفته اخیر جواب بدهید:</p> <table border="0"> <tr> <td>بی علائگی [ ]</td> <td>عصبانیت [ ]</td> <td>مشکل در به خواب رفتن [ ]</td> </tr> <tr> <td>مشکل عدم تمرکز [ ]</td> <td>بهبود آوردن چیزهای دردناک [ ]</td> <td>کابوس ها [ ]</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ترس خوردن [ ]</td> <td>سردردی [ ]</td> </tr> <tr> <td></td> <td>فراموشی [ ]</td> <td>دیگر دردهای جسمی [ ]</td> </tr> </table> <p>۱۰ / ____ : امتیاز از روش پروتکت</p>		بی علائگی [ ]	عصبانیت [ ]	مشکل در به خواب رفتن [ ]	مشکل عدم تمرکز [ ]	بهبود آوردن چیزهای دردناک [ ]	کابوس ها [ ]		ترس خوردن [ ]	سردردی [ ]		فراموشی [ ]	دیگر دردهای جسمی [ ]
	بی علائگی [ ]	عصبانیت [ ]	مشکل در به خواب رفتن [ ]											
مشکل عدم تمرکز [ ]	بهبود آوردن چیزهای دردناک [ ]	کابوس ها [ ]												
	ترس خوردن [ ]	سردردی [ ]												
	فراموشی [ ]	دیگر دردهای جسمی [ ]												
<p><b>تمایل به آسیب رساندن به خود:</b> آیا طی چند هفته اخیر به این فکر کرده اید که بخواهید به خودتان صدمه ای وارد کنید؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>														

<p><b>استفاده از محصولات دخانیاتی:</b> تا چه اندازه؟ روزانه / گاهی / هرگز / ترک کرده ام</p>	
<p><b>سیگرت کشیدن:</b> آیا سیگرت می کشید یا از دیگر محصولاتی که حاوی نیکوتین مثلا از سیگرت برقی یا قلیان هستند استفاده می کنید یا قبلا سیگرت می کشیده اید اما حالا آن را ترک کرده اید؟ سیگرت / ناس / سیگرت برقی / دیگر محصولات</p>	
<p><b>مصرف الکل:</b> آیا از نوشیدنی های الکلی استفاده می کنید؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	
<p><b>عادات صحتی</b></p>	<p>۲. چند دفعه شش دوز یا بیشتر یکجا الکل نوشیده اید؟</p> <p>(۰) هرگز [ ] (۱) کمتر از یک دفعه در ماه [ ] (۲) یک دفعه در ماه [ ] (۳) یک دفعه در هفته [ ] (۴) هر روز یا تقریبا هر روز [ ]</p> <p>۱۶ / ____ : امتیاز میزان</p>
	<p>۱. چند دفعه بیره (آبجو)، شراب یا دیگر نوشیدنی های الکلی می نوشید؟ دفعاتی را هم به یاد بیاورید که حتی کمی الکل می نوشید مثلا یک بوتل بیره متوسط یا مقدار کمی شراب.</p> <p>۳. دوز چند معمولا نوشیدمی الکل که هابی وقت نوشید؟ می الکل</p> <p>(۰) ۱-۲ دوز [ ] (۱) ۳-۴ دوز [ ] (۲) ۵-۶ دوز [ ] (۳) ۷-۹ دوز [ ] (۴) ۱۰ یا بیشتر دوز [ ]</p>
<p><b>استعمال دیگر مواد نشئه آور و مخدر:</b> آیا دیگر مواد نشئه آور مثل حبشیش، قاط یا دیگر مواد مخدر یا دوا به قصد نشنگی مصرف کرده اید؟ نه / تریاک یا مشتقات آن / محرک ها / دواهای خواب آور یا آرام بخش / مواد توهم زا / حلال ها / گاما یا جی بی ال. یا اکستاسی مایع / حبشیش / دیگر مواد نشئه آور / معلومات موجود نیست</p>	

<p><b>صحت جنسی و ولادی</b></p>	<p><b>مشکلات مربوط به عادت ماهوار:</b> آیا کدام مشکلی دارید که مربوط به عادت ماهوار باشد؟ هیچ مشکلی / دردی که باعث ناراحتی هنگام عادت ماهوار می باشد / خونریزی شدید عادت ماهوار / عادت ماهوار نامنظم / دیگر مشکلات، چه مشکلاتی؟</p>		
	<p><b>تعداد ولادت نوزادان:</b> آیا طفل بعدنیا آورده اید؟ اگر بله، چند دفعه؟</p>	<p><b>تعداد حاملگی ها:</b> آیا هرگز حامله دار شده اید؟ اگر بله، چند دفعه؟</p>	<p><b>آخرین عادت ماهوار:</b> آخرین عادت ماهوار شما چه وقت بود؟</p>
<p><b>حاملگی:</b> آیا حامله دار هستید؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>			

<p>در ادامه در مورد شرکای جنسی‌تان سوالاتی پرسان خواهیم کرد تا اگر به معلومات، معاینات یا تداوی احتیاج دارید بتوانیم در مورد آن صحبت کنیم. مهم است که به سوالات مطابق با وضعیتی که دارید جواب بدهید بدون این‌که فکر کنید در جامعه خودتان معمولاً چه چیزی قابل قبول است. در فنلند کسی حق ندارد دیگران را بر مبنای جنسیت ایشان یا رفتار جنسی آنها مورد تبعیض قرار بدهد.</p>	
<p><b>تعداد شریک‌های جنسی:</b> طی سال گذشته با چند نفر رابطه جنسی داشته‌اید؟ فقط یک نفر / ۱-۱۰ نفر / بیشتر از ۱۰ نفر / نمی‌خواهم جواب بدهم</p>	<p><b>رابطه جنسی:</b> آیا طی سال گذشته رابطه جنسی داشته‌اید؟ اصلاً رابطه جنسی نداشته‌ام / رابطه جنسی با جنس مخالف / رابطه جنسی با همجنس / نمی‌خواهم جواب بدهم</p>
<p><b>لوازم جلوگیری:</b> آیا برای پیشگیری از حاملگی یا پیشگیری از ابتلا به مریضی‌هایی که از طریق رابطه جنسی منتقل می‌شوند احتیاج به لوازم جلوگیری دارید؟ احتیاج نیست و مورد استفاده نیست / احتیاج هست اما مورد استفاده نیست / از لوازم جلوگیری استفاده می‌شود / نمی‌خواهم جواب بدهم</p>	
<p><b>ختنه:</b> در بعضی کشورها دخترها/پسرها را ختنه می‌کنند و این ختنه‌ها ممکن می‌توانند روی صحت شخص تأثیر کنند. آیا شما ختنه شده‌اید؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	

<b>دیگر معلومات اولیه</b>

<b>معلومات مربوط به ریسک‌ها (مثل آلرژی‌ها به مواد دارویی)</b>

<b>وضعیت فعلی (استاتوس)</b>	
<p><b>معاینات دهان و دندان‌ها:</b> آیا در معاینات دهان و دندان‌ها چیز خاصی مشاهده می‌شود؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	<p><b>جُلد:</b> آیا در معاینات جُلدی چیز خاصی مشاهده می‌شود؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>

<b>دیگر مواردی که باید در وضعیت فعلی مورد توجه قرار بگیرند</b>

<b>اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیکی</b>	
<p><b>دمان بدن:</b></p>	<p><b>فشار خون و ضربان قلب:</b></p>
<p><b>اندیس تناسب قد و وزن:</b></p>	<p><b>قد، سانتی‌متر:</b></p>
<p><b>وزن، کیلوگرم:</b></p>	<p>آیا وزن‌تان تغییری کرده است؟</p>

<b>واکسین‌ها</b>	
<p><b>واکسین‌های قبلی:</b> چه واکسین‌هایی را خودتان / طفل پیش از آمدن به فنلند دریافت کرده‌اید؟ هیچ واکسینی / بعضی واکسین‌ها / تمامی واکسین‌های کشور قبلی محل اقامت</p>	
<b>معلومات در مورد واکسین‌ها:</b>	

پلان	
پلان:	
ادامه تداوی ها و معاینات بیشتر: عکس از شش‌ها / آزمایشات غربالگری خون / معاینات چک‌آپ صحت اولیه توسط داکتر / نرس مرکز پذیرش پناجویان / داکتر / داکتر دندان / مرکز بهداشت / معاینات خدمات صحت دانش‌آموزان یا مکتب / مددکار اجتماعی / دیگر ارجاعیه‌ها یا وقت‌های ملاقات	
راهنمایی: خدمات صحت / دواهای بدون نسخه داکتر / صحت روحی / صحت جنسی و ولادی / تغذیه / صحت دهان و دندان / دیگر راهنمایی‌ها	
موافقت با دریافت اطلاعات خصوصی: موافقت شده است / به‌شکل محدود موافقت شده است / موافقت نشده است	موافقت با تحویل و انتقال اطلاعات خصوصی: موافقت شده است / به‌شکل محدود موافقت شده است / موافقت نشده است
امضاء:	