کوریائی سوسائٹی برائے پیشہ ورانہ اور ماحولیاتی طبخصوصی صحت کے امتحانات کا

نظر ثانی شدہ شمارہ

**ادارہ :**

**نام:**

**※طبّی تاریخ پرسوالات (مریض کی طبّی تاریخ، خاندانی تاریخ )**

※**برائے مہربانی مندرجہ ذیل سوالات کا مطالعہ کریں اور موجودہ حالت کے لیے "O" لگا کر نشاندہی کریں۔**

1. **کیا آپ کی پہلےطبّی تشخیص کی جا چکی ہے یا کیا آپ اپنی کسی بیماری کے لیے مندرجہ ذیل میں سے کوئی دوا لے رہے ہیں ؟**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بیماری** | **فالج** | **عارضہ ء قلب**  **(مایوکارڈیل اِنفارکشن/ انجائنا پیکٹورِس )** | **بلند فشار ِخون** | **ذیابیطس** | **خون میں لپِڈ /چربی کی خرابی**  **(ڈِسلِپِڈیمیا)** | **تپِ دق** | **دیگر (بشمول کینسریا سرطان)** |
| **بیماری کی تشخیص:** |  |  |  |  |  |  |  |
| **طبّی علاج:** |  |  |  |  |  |  |  |

1. **کیامندرجہ ذیل بیماریوں میں سے کسی بیماری کی وجہ سے آپ کے والدین، بھائی یا بہن کی وفات ہوئی ؟**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بیماری** | **فالِج** | **عارضہءقلب (مایوکارڈیل اِنفارکشن/انجائنا پیکٹورِس)** | **بلند فشار ِخون** | **ذیابیطس** | **دیگر (بشمول کینسر یا سرطان)** |
| **ہاں** |  |  |  |  |  |

1. **کیا آپ ہیپا ٹائٹس بی کی بیماری میں مبتلا ہیں ؟ ①ہاں ②نہیں ③معلوم نہیں**

※ تمباکو نوشی سے متعلق سوالات

براہ مہربانی مندرجہ ذیل سوالات پڑھیں اور ان بیانات کو پُر کریں جو آپ کی **موجودہ حیثیت پر لاگو ہوتے ہیں۔**

1. کیا آپ نے اپنی زندگی میں کبھی 5 پیک (100 سگریٹ) یا اس سے زیادہ سگریٹ (سگار) پیئے ہیں؟

① جی نہیں (☞ سوال 5 پر جائیں ) ②جی ہاں (☞ سوال 4-1 پر جائیں)

4-1۔ کیا آپ اس وقت سگریٹ (سگار) نوشی کرتے/کرتی ہیں؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①اس وقت تمباکو نوشی | کل \_\_\_ سال | \_\_\_\_\_\_\_ سگریٹ اوسطا ًروزانہ |  |
| ②پہلے تمباکو نوشی کرتا تھا/کرتی تھی لیکن اس وقت نہیں کرتا/کرتی | کل \_\_\_ سال | سگریٹ نوشی کرتے وقت، اوسطاً روزانہ \_\_\_\_\_\_ سگریٹ | \_\_\_\_\_\_ سال پہلے تمباکو نوشی ترک کردی |

1. کیا آپ نے کبھی سگریٹ کی قسم کا الیکٹرانک سگریٹ پیاہے (گرم تمباکو: جیسے آئی کیو او ایس، گلو اور لیل)؟
2. جی نہیں (☞ سوال 6 پر جائیں )② جی ہاں (☞ سوال 5-1 پر جائیں)

5-1۔ کیا آپ اس وقت سگریٹ کی قسم کا الیکٹرانک سگریٹ (گرم تمباکو) پیتے/ پیتی ہیں؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①اس وقت تمباکو نوشی | کل \_\_\_ سال | \_\_\_\_\_\_\_ سگریٹ اوسطا ًروزانہ |  |
| ②پہلے تمباکو نوشی کرتا تھا/کرتی تھی لیکن اس وقت نہیں کرتا/کرتی | کل \_\_\_ سال | سگریٹ نوشی کرتے وقت، اوسطاً روزانہ \_\_\_\_\_\_ سگریٹ | \_\_\_\_\_\_ سال پہلے تمباکو نوشی ترک کردی |

1. کیا آپ نے کبھی مائع ای سگریٹ استعمال کیا ہے؟

①جی نہیں ② جی ہاں (☞سوال 6-1 پر جائیں)

6-1۔ کیا آپ نے گزشتہ ماہ کے دوران ویپنگ کی تھی؟

①جی نہیں② ماہانہ 1-2 دن ③ ماہانہ 3-9 دن④ ماہانہ 10-29 دن⑤ روزانہ

※ شراب نوشی کے حوالے سے سوالات (گزشتہ برس کے بارے میں)

براہِ مہربانی مندرجہ ذیل سوالات پڑھیں اور ان بیانات کو پُر کریں جو آپ کی **موجودہ حیثیت پر لاگو ہوتے ہیں۔**

1. آپ کتنی مرتبہ شراب نوشی کرتے ہیں؟ (براہِ مہربانی مندرجہ ذیل میں سے کوئی ایک جواب دیں)

①ہفتے میں ( ) مرتبہ ② مہینے میں ( ) مرتبہ

③ سال میں ( ) مرتبہ④ شراب نوشی نہیں کرتا/کرتی

7-1۔ جس وقت آپ شراب نوشی کرتے/کرتی ہیں تو عموماً کتنی مقدار میں شراب نوشی کرتے/کرتی ہیں؟

\* براہِ مہربانی کوئی ایک اکائی (یعنی شاٹس، بوتلیں، ڈبے یا سی سی) استعمال کرکے مقدار فراہم کریں۔ آپ شراب کی متعدد اقسام کا انتخاب کرسکتے/سکتی ہیں۔براہِ مہربانی وہ مقدار فراہم کریں جو آپ روزانہ پیتے/پیتی ہیں۔اگر آپ ایسی شراب پیتے ہیں جو مندرجہ ذیل میں سے کسی بھی آپشن میں نہیں آتی تو براہ ِمہربانی الکحل کی کسی ایسی قسم کا انتخاب کریں جو اسی زمرے میں آتی ہو۔

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الکحل کی قسم | شاٹ | بوتل | ڈبے | سی سی |
| سوجو |  |  |  |  |
| بیئر |  |  |  |  |
| اسپرٹس |  |  |  |  |
| مکگیولی |  |  |  |  |
| شراب |  |  |  |  |

7-2۔ آپ نے ایک دن میں سب سے زیادہ مقدار میں شراب کتنی پی تھی؟

\* براہ مہربانی ایک اکائی (یعنی شاٹس، بوتلیں، ڈبے یا سی سی) استعمال کرکے مقدار فراہم کریں۔ آپ شراب کی متعدد اقسام کا انتخاب کرسکتے/سکتی ہیں۔ ۔براہِ مہربانی وہ مقدار فراہم کریں جو آپ روزانہ پیتے/پیتی ہیں۔اگر آپ ایسی شراب پیتے ہیں جو مندرجہ ذیل میں سے کسی بھی آپشن میں نہیں آتی تو براہِ مہربانی الکحل کی کسی ایسی قسم کا انتخاب کریں جو اسی زمرے میں آتی ہو۔ \* بہت زیادہ شراب نوشی: ایک دن میں زیادہ سے زیادہ شراب نوشی سے اندازہ لگاتے ہوئے۔

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الکحل کی قسم | شاٹ | بوتل | ڈبے | سی سی |
| سوجو |  |  |  |  |
| بیئر |  |  |  |  |
| اسپرٹس |  |  |  |  |
| مکگیولی |  |  |  |  |
| شراب |  |  |  |  |

※ جسمانی سرگرمی (ورزش) کے حوالے سے سوالات

براہِ مہربانی مندرجہ ذیل سوالات پڑھیں اور ان بیانات کو پُر کریں جو آپ کی **موجودہ حیثیت پر لاگو ہوتے ہیں۔**

8-1۔ عام طور پر ہفتے میں آپ کتنے دن اتنی شدت سے جسمانی سرگرمی کرتے/کرتی ہیں کہ جس سے آپ کا سانس پھول جاتا ہو؟

ہفتے میں ( ) دن

(مثلاً دوڑنا، ایروبکس، تیزرفتاری سے سائیکل چلانا، تعمیراتی مزدوری، اور سیڑھیوں پر چیزیں لے جانا وغیرہ)

8-2۔ عام طور پر ہفتے میں آپ کتنے دن اتنی شدت سے جسمانی سرگرمی کرتے/کرتی ہیں کہ جس سے آپ کا سانس پھول جاتا ہو؟

روزانہ () گھنٹے () منٹ

9-1۔ عام طور پر آپ ہفتے میں کتنے دن معتدل شدت کے ساتھ ایسی جسمانی سرگرمی کرتے /کرتی ہیں کہ جس سے آپ کا تھوڑا سا سانس پھول جاتا ہو؟

ہفتے میں () دن

(مثلاً تیز چلنا، ٹینس ڈبلز،عام رفتار سے سائیکل چلانا، ہلکی چیزیں لے جانا اور صفائی کرنا وغیرہ)

※ سوالات 8-1 اور 8-2 کے جوابات کے حوالے سے جسمانی سرگرمیوں کو خارج کرتے ہوئے۔

9-2۔ عام طور پر آپ ہفتے میں کتنے دن معتدل شدت کے ساتھ ایسی جسمانی سرگرمی کرتے /کرتی ہیں جس سے آپ کا تھوڑا سا سانس پھول جاتا ہو؟

روزانہ () گھنٹے () منٹ

10. گزشتہ ہفتے کے دوران آپ نے جسم کو مضبوط بنانے والی ٹریننگ کتنے دن حاصل کی ، مثلاً پُش اَپس،اٹھک بیٹھک، ڈمبل اٹھانا اور باربیلز یا وزن اٹھانا؟

ہفتے میں () دن

**※**تذکرہ کردہ اعضاء کو متاثر کرنے والی علامات کے بارے میں سوالات

**11.برائے مہربانی گزشتہ 6 ماہ کے دوران محسوس کی جانے والی علامات کے حوالےسے جواب دیں :**

| جسمانی اعضاء | علامات | شِّدت | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| زیادہ | درمیانی / اوسط | | بالکل بھی نہیں | |
| **عمومی** | **بھوک یا وزن کا کم ہوجانا** |  |  | |  | |
| **اکثر تھکاوٹ محسوس کرنا** |  |  | |  | |
| **جسم میں گانٹھیں یا اُبھار محسوس ہونا** |  |  | |  | |
| **جِلد** | **کُھجلی کا احساس یا سوزش** |  |  | |  | |
| **جلد پر خراش / سرخ جلد** |  |  | |  | |
| **بالوں، ہاتھ یا پاؤں کے ناخنوں میں تبدیلیاں** |  |  | |  | |
| **جلد کا کھردرا اور پھٹنا** |  |  | |  | |
| **آنکھ** | **آنکھوں میں سوزش یا اکثر آنسو بہنا** |  |  | |  | |
| **نظر کی کمزوری** |  |  | |  | |
| **آنکھوں کا سُرخ ہونا یا اُن میں تکلیف ہونا** |  |  | |  | |
| **کان** | **واضح سنائی نہ دینا** |  |  | |  | |
| **کانوں کا بجنا** |  |  | |  | |
| **ناک** | **کثرت سےنکسیر پُھوٹنا** |  |  | |  | |
| **ناک کا بہنا یا بند ہوجانا** |  |  | |  | |
| **سونگھنے میں مشکلات کا سامنا ہونا** |  |  | |  | |
| **منہ** | **مسوڑھوں سے خون آنا یا دُکھتے مُنہ کے چھالے** |  |  | |  | |
| **چکھنے میں مشکلات کا سامنا ہونا** |  |  | |  | |
| **ہاضمہ** | **میں پیٹ میں شدید درد محسوس کر چکا /چکی ہوں** |  |  | |  | |
| **منہ کا ذائقہ خراب ہونا** |  |  | |  | |
| **قبض** |  |  | |  | |
| **قلبی / تنفسی** | **دوران کام اختلاج قلب** |  |  | |  | |
| **کام کے دوران کھانسی اور بے دمی کی کیفیت** |  |  | |  | |
| **سینے پر دباؤ ہونا** |  |  | |  | |
| **کام کے دوران کھانسی کا آنا یا بلغم تھُوکنا** |  |  | |  | |
| **چھٹّی کے بعد کام پر واپس لوٹنے پر کھانسی** |  |  | |  | |
| **ریڑھ کی ہڈی / ہاتھ پاؤں** | **بازؤں ، ٹانگوں اور کندھوں میں درد** |  |  | |  | |
| **ہاتھ اور پاؤں کانپنا یا کمزور ہونا** |  |  | |  | |
| **ہاتھ اور پاؤں کا سُن ہونا** |  |  | |  | |
| **ٹھنڈ میں اُنگلیوں کا سفید پڑجانا** |  |  | |  | |
| **کمر درد لاحق ہونا** |  |  | |  | |
| جسمانی اعضاء | علامات | شدت | | | | |
| زیادہ | | درمیانی / اوسط | | بالکل بھی نہیں |
| **ذہنی / اعصابی نظام** | **سر دردہونا** |  | |  | |  |
| **چکّر آنا** |  | |  | |  |
| **کمزور یاداشت یا نسیان (بھولنا) کی شکایت ہونا** |  | |  | |  |
| **پریشانی اور بے چینی کا شِکار ہونا** |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| **سر کا سُن ہو جانا یا ایسا لگناجیسے مَیں نےکوئی نشہ کیا ہو** |  | |  | |  |
| **توجہ مرکوز کرنے میں مشکلات پیش آنا** |  | |  | |  |
| **پیشاب سے متعلّق/ تولیدی نظام** | **پیشاب میں مشکلات** |  | |  | |  |
| **جسم میں سوجن** |  | |  | |  |
| **بے وقت حیض (ماہواری)** |  | |  | |  |
| **اسقاطِ حمل ہوجانا** |  | |  | |  |

|  |
| --- |
| **اگر آپ میں دیگر کوئی اور علامت موجود پائی گئی ہے تو برائے مہربانی ذیل میں ان کی وضاحت کریں.** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **کیا آپ کو کبھی کام کے دوران صحت کے مسائل (جسمانی مسائل) پیش آئے؟** | **□ ہاں** | **□ نہیں** |
| **کیا آپ کے خیال میں آپ کو صحت کے مسائل اُن اشیا کی وجہ سے ہیں جنہیں آپ کام کے دوران استعمال کرتے ہیں ؟** | **□ ہاں** | **□ نہیں** |

|  |  |
| --- | --- |
| **معالج کی آراء** |  |