



ਨਾੜੁਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
ਇਤਿਹਾਸ/
ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

ੜੌੌੌ ŚΦΖ †‡Ž σřŽ

k ~ Å 9 (TP#) _____ . ʒž . TT	çÜ T§ v Ä W □ ' c Ñ ~ Å É § ~ Ö
--	-----------------------------------

q ~ U w M Ñ É Ñ ð ~ R m Å { Ä t k Å □

) w ~ ā t Ä q Ä w h

S t c j \ ~ Å			
) o ~ t m ~ S] v Å ~ Å (Last Name) { v \ ~ Å S U - h Å R o Ç ~ v			
) o ~ t m ~ p Ä w ~ s ~ Å (First Name) { v \ ~ Å S U - h Å R o Ç ~ v			
) c o t , k ~ Å (DOB)	_____ . ʒž . TT) ç Ü #	()
U t Ñ ' c Ñ p w r n Ö		t Ü ~ U w # ' c Ñ p w r n Ö	() □ V Ä c Ü .. p v Ä k ~ Ö

) _ v m ~ p k ~ ' # + { f v Å (9

) z Ä v 9) p k) p Ü f w \ Ü
-----------	-------	---------------

h ~ Å f v . m ~ U m ~ o ~ t ' c Ñ p w r n Ö	h ~ Å f v . m ~ U m ~ ç ~ Ü ~ ø ~ r v ' c Ñ p w r n Ö
---	---

p Ä y ~ \ h ~ Å f v m ~ o ~ t ' c Ñ p w r n Ö	p Ä y ~ \ h ~ Å f v m ~ ç ~ Ü ~ ø ~ r v ' c Ñ p w r n Ö
---	---

c j \ ~ Å m Å k r m Å ~ Å o ~ t p k ~ ç Ü ~ ø ~ r v p Ü f w \ Ü

m ~ o m ~ T Ä ~ {		
\ Ä k Ç ü \ Ö ~ Ä ~ Ä ~ \ Ö ~ Å r w h { v Ä { ä c ü Ö ~ y Ä \ Ä } Ñ m Ñ Å S p j Ñ v k t ~ o o ~ t c ü Ä { Ñ Ü o ~ t m Ä y v k ~ v m Ñ Ñ } É + } É m Ñ { Ñ k p ~ m + { f Ö { Ö ~ ü c ü o ~ ä Ä m Ñ] É m ~ m ~ \ Ä ~ Ö ~ m ~ \ v o m Å \ Ä z \ Ä Ä Ö <input type="checkbox"/> s S a <input type="checkbox"/> Ü Ö	<input type="checkbox"/> ü	<input type="checkbox"/> o ü
\ Ä k Ç ~ ø ~ m Ñ Ä \ Ö ~ Å r w h { v Ä { ä c ü Ö ~ y Ä \ m Ç v ~ T ü } É m ~ Å { f Ö { Ö ~ m ~ Ä c ü o ~ ä Ä m Ñ } É m Ñ ~ Å y c ° { l Ä k c ü t ö ~ \ Ä ~ Å S Ö	<input type="checkbox"/> ü	<input type="checkbox"/> o ü

Restricted

CBU Unique ID



ਨਾੜੁਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
 ਇਤਿਹਾਸ/
 ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

c Nv pk ~ Ö ù Ñ ù Æ k S S U f t ù Ä ü ° V { M Ñ Å ~ Ä z o ' \ (w ^ Z c Ü ü Ñ Æ Å ù Æ k ~ R k Ñ m-m; m-m Å ù o o ~ o Å ~ { s k ° y n S y v j o \ v m Å S Q o]							
	t k ~	o o Å	o o ~		Ä k ~	m-m Å	m-m ~
Arab – Rvr							
Asian-Central Xz S U, \ ïnv Å							
Asian-North Xz S U, " kv Å							
Asian-Northeast Xz S U, " kv p É r Å							
Asian-South Xz S U, m j Å							
Asian-Southeast Xz S U, m j p É r Å							
Black-African \ w Ñ R q v Å o							
Black-Caribbean \ w Ñ Ö Å R o							
Black-Other – \ w Ñ Ü							
Caucasian/ White \ ÿ Ñ R o . ^ Ü Ñ							
Chinese – a Å Å							
Filipino – Ä w Å Å							
First Nations q { f o Å o ä							
Hispanic Ä { p Å \							
Inuit - T o É f							
Jewish-Ashkenazi u Ä Å R z \ Ñ - ä Å							
Jewish-Sephardic u Ä Å { p ~ Ä \							
Metis - t Å {							
Pacific Islander p Ö Å \ S U w h v							
Multiple Ethnicity T ù k ° y n Ñ Ñ { w Å w							
Unknown - R Å S k							

Restricted

CBU Unique ID



ਨਾੜੁਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
 ਇਤਿਹਾਸ/
 ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

^ vs Ry { l ~m~T Ä ~			
1.	\ Ä vs n~vo Ä { Ñrø ÄmÑ Çv j § Qmø ÄmRñ Ñc ùÄ v~XmÄ Ç mÄyvk ° \ v\ Ñpy~ø a Ä Ñ >	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
2.	\ Ä Ç~øÉ { ^ vs Ry { l ~c ùÄ { Ñ Ä wùmÑ Q vs Ry { l ~yù\ v\ Ñ Ü Vwdj ù ÜS Q o>	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
3.	\ ÄT { ^ vs Ry { l ~mÑ ~w kÇ~øÉ Ü w~ ù ÜS Q o 9 Öf Ä Ñ { r Ñ Ä ~ wÄc ùy~T v { mÑ Qv~ ð	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
4.	kÇ~h Ä vs Ry { l ~m~ø+\ ÄkÇ~h Ñyü yÖf o Äv y~T v { mÄkz] Ä \ Ä Ä ^ U Ö ùyÖf o Äv y~T v { y~kÑ Öf m~okÄ ~p~e Ñ y S T S Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
5.	\ ÄkÇ~h Ñyü Ä { ÑÉy,c j Ñ~f Öf m~okÄ ~^ Ö, { n~vo S T S Ö' mÉÑ zr mùÄü Rt ÄÄf Ä { +r wñ f Öf cùRwf v~J M(<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
6.	\ ÄkÇ~øÄ { t 0h~T S Ä f Ä Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
7.	\ Äl // 6, / 0, / 0k °Ä wùkÇù _ü_ü 5 t Ä S QvU vü~ø~To { Ävo mÄ yvk ° Ä Ä Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
8.	\ Är ü ÑñÄpÖ~Tz k% Äno pÄ wùmÑ t üRñv kÇùÄf t o ùRkÑ Tvo k ° Tw~y~\ Ü Ü my~US QvUS Q o>	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
9.	\ ÄkÇ~øÉ Ü c Äo wU t ~ÉYwvc Ä Q o>	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û

CBU Unique ID



ਨਾਤੁਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
ਇਤਿਹਾਸ/
ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

t ùm~h~f v AT Ä ~			
10.	Ä b w N03 Ä mo ù Ä ü + \ Ä k Ç h ~ COVID-19 f Ö f p e Ä y S T S Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
11.	Ä b w N01 t Ä S Q ü \ Ä k Ç ö Ä Ü h ~ f v Ä { w N Ä o c ù \ Ü c ù ù \ v y - US Q o >	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
12.	Ä b w N t Ä S Q ü \ Ä k Ç ü \ Ü] É a ä ß - T S Ö ù \ Ü Ü] É V k p - m c ù R § a ä ß - X o Ä { Ä ü Ø Ù ^ Ö, R o Ç É k ~ y - { k N y - US Q Ä z t w o >	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
13.	\ Ä k Ç ü \ m N Ä t c Ä Ä p a É v Ä y - n N y - w ~ ~ t Ü Ä v S Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
14.	\ Ä b w N01 t Ä S Q ü k Ç ü w \ - R y - { k N Ö { Ä w U Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
15.	Ä b w N t Ä S Q ü \ Ä k Ç ö Ä { N ö y v y w ^ Ä S Ä S Ö k N Ç h ~ T w e T { k v ß \ Ä ~ Ä S Ö y ü V { c ö y v ö Ä w \ - R m Ä Ä t ~ v Ä Ü N	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
16.	Ä b w N t Ä S Q ü + \ Ä k Ç ü \ Ü w h N ü y Ö { Ä ù w ^ y - US Q o >	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
17.	\ Ä k Ç ö Ä m N Ä Ä { N Ä { t m ~ \ f v Ü S Ö Ä { Ä ü w É Ä S , Ä t q Ü ; c ù t Ö - Ä ~ y Ä z t w Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
18.	\ Ä k Ç ü] É y ^ j m N Ä { N y \ ~ v + Ä y ü Ä Ä Ä w S + y - { k N m N Ä] É c § j { r § Ä ~ \ m N § j N É ü ' ↑] [↑ P t (ö Ä v S Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
19.	\ Ä k Ç ö Ä m N Ä p Ä Ä S + Ä ^ v m Ä Ä t ~ v Ä c ù y - T v w ö f - U f { Ü S Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
20.	\ Ä k Ç h N y \ m N Ä Ä W ~ t N v ' Ä t ^ m Ä r + v Ä p v k (m Ä \ w t w ^ U ^ U Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
21.	\ Ä m N Ç h N y c ù k Ç h N É m N z k N y - w N z k N v ù ' t Ä S Ö s Ö s v y ü + r ä N N k ~ c ù r ä N N Ä { N Ä z k N v ù y ä \ v É q Ö f , c Ö r Ä t ~ v Ä s Ü (+ s Ü m N m w N N v É + c ü Ä { N Ü k § É y Ä S o \ Ä t ~ v Ä m - p k ~ w ^ - T S Ä S Ö ü N Ä t ~ v Ä m - \ ~ v o p k ~ o ~ Ü N	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û

CBU Unique ID



ਨਾੜੁਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
 ਇਤਿਹਾਸ/
 ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

t ùm~h~f v AT Ä ~			
22.	\ Äk Çù\ mÑ pj Ñ °T w-y~Ä { Ñ Ü k °pk Ä þj c ùÄ z ÉmÄ\ wt p p k \ Ä Ä ÖÄ yüÄ \ Ü R\$ + ù ÄmÄÄ ù +{ f Ö { Ö+ \ á o Ä + ù Äc ùÄ z É	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
23.	\ Äk Çù\ mÑ Ä Ü p k Ä þj c ù\ Ü Ü h~f v Äp Ä Ä S \ vy-U ÖÄ { Äü Ä { Ñ °y v mÑ Ä k { ÖùÄ z É Qc ùR\$ ùo~w { \$v\ Ü~z~t w { Ä	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
24.	\ Äk Çù\ mÑ ÄÄ { ÑÄ ÑR\ k Äo~w v Ñ Ü ùV{ o~w Ä o { Ä \$v\ \ Ä~ ÖÄ { oÄ Ü p k Ä þj c ù\ Ü Ü h~f v Äp Ä Ä S \ vy-U { ÄÄ { Äü Ä { Ñ °y v mÑ Ä k { ÖùÄ z É Qc ùR\$ ùo~w { \$v\ Ü~z~t w { Ä	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
25.	\ Äk ÇhÑyü \ mÑ Äp ÖÄ Ä \ r wü mÄÄ t ~Ä Ü ÖVm+ vo wU wÄ t ÑÄ Ä { +r Ñ{ ÄÄ { +c ùa ^~ mÄÄ t ~Ä c ùa ^~ c ùf Ä v ÉÄ y~k Ñ Ü p~e Ñ y o k Ä Ñ X o+Ä { Äü pÄ k~wÄ f Öf y Äz~t w o>	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
26.	\ Äk Ç~eÉ mÑ Ät wÑÄ ÜS Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
27.	\ Äk Çür ü ÑÄp Ö-T z k °10 Äno p Ä wùmÑ t iR\$nv \ ÖÄ~t ùÄ Äu ÉYQ - c ùu Ép k'r + v u~k v~\ Ä Ä Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
28.	\ Äp b wÑ { ~wüÄyü k Çüu ÉYQ - k °Ä oüÄ { Ñ Ü l ù\ ÖÄ~k'r + v v Ñ Ü c ùu~k v~\ Ä Ä Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û

CBU Unique ID



ਨਾੜੁਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
ਇਤਿਹਾਸ/
ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪੁਸ਼ਟਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

t ùm~h~ f v AT Ä ~			
{ y-wù18,22 y~{ kÑ y-w~a~vf 9V mÑ Ä sùsÉ/s ÚT mÑ Út y-wÑ t ÄS c ùm~ Ö			
<input type="checkbox"/> Rwr ~Ä	<input type="checkbox"/> Ä owh	<input type="checkbox"/> w\ ä t r v ^	<input type="checkbox"/> { wÜ~ ^ j v~e
<input type="checkbox"/> S { f v Ä	<input type="checkbox"/> qvü	<input type="checkbox"/> t ÖNÜÄ	<input type="checkbox"/> { wÜNÄ
<input type="checkbox"/> r Öc Ät	<input type="checkbox"/> c v t o Ä	<input type="checkbox"/> o Änv wh { ' ~wh (<input type="checkbox"/> { pÑ
<input type="checkbox"/> r Üo Ä , v ä NÜo~	<input type="checkbox"/> u É~o	<input type="checkbox"/> o~vyÑ	<input type="checkbox"/> { yÄ o
<input type="checkbox"/> r Ö^ ~Ä	<input type="checkbox"/> § v Ä	<input type="checkbox"/> p Üh	<input type="checkbox"/> { Ä f ä v wh
<input type="checkbox"/> \ v ÜÄ	<input type="checkbox"/> S T v wh ' v Ä r Ä\ S q(<input type="checkbox"/> p Çk ^ ~w	<input type="checkbox"/> k Ç\ Ä
<input type="checkbox"/> a Ö^ j v~e	<input type="checkbox"/> T f w Ä	<input type="checkbox"/> v Ü~o Ä	<input type="checkbox"/> u É Üw~y Ä ' q Ö v w v Ä r Ä\ S q(9 \ ÜYÜt ß DÄ v Ü{ v r Ä
<input type="checkbox"/> h Öt ~\	<input type="checkbox"/> Ä\ f o { f ~T o	<input type="checkbox"/> { Ö t v ÄÄ	
		<input type="checkbox"/> { ~WmÄ r v r	
<input type="checkbox"/> u É ÜÄ h Ä § ht ' e ü(9T § wh+~ kv ÄS T v wh+{ \ f wh+ yÑc+S U c w S q t Ö+a Öw S U whc+Ä r v~w f v+ c ùq~ wh S U whc			
29.	087/ k °wÖNÄ Äk Çü\ mÑ ÄÄ { NÄ NÄ Ää v NÜ Üc ùV{ mÄu ~k v~ \ Ä Ä Ö { sÉ/s ÚT ' yNÄYQ\ v ÉqÖf , c Ö r Ä c Ä (mÑ § ~v o y~{ kÑ c Üt y c °c Ä S c ùm~ Ö c NÜ ü~kù { y~w 23 MÑ wÑc ~Z]	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
30.	087/ ,0885 k °wÖNÄ Äk Çüu É-Uf h Ä § ht c ùqvü Ää Xo~\ Ç t ù r k Ä \ Ä~ Ö { m~c Ü 2 t ÄÄc ùynNÄ j m~ Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
31.	\ Äk Çü0 c o y v Ä 087/ k °wÖNÄ0 m{ § v+0885 mv Ä S o \ Ü 5 c ùynNÄ t ÄÄ{ ~WmÄ r v r Ää Ä k~X o>	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
32.	087/ k °wÖNÄ Äk Çüu ÉN ùqvü c ùu Ép Ää Ä kÑÄ] É c ù] É mÑ V k p~müö § ä ä ß ~T S Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
33.	087/ k °wÖNÄ Äk Çü § ÚT ' yNÄYQ\ v ÉqÖf , c Ö r Ä c Ä (y~{ kÑ Üt MÑ { t d NÜ ùmÄ { NÄ Ää Xo~\ Ç t ù r k Ä \ Ä~ Ö 087/ ,0885 kÜ u ÉN Ää r k Ä \ Ä N t ü t N(Ä { m~c Ü 4 { ~w c ùynNÄ j m~ Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü

CBU Unique ID



ਨਾੜੁਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
ਇਤਿਹਾਸ/
ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

ਪ ਆ y ~ \ h ~ f v ਆ T ਆ ~			
34.	\ ਆ k ਚੁ R k ਨਿ ਆ ਨਿ ~ ਆ k ~ s ਚੁ, s v ~ c ਊ a ਆ ਨਿ { ਨਿ ਚੁ, s v ~ ਚੁ	<input type="checkbox"/> ਊ	<input type="checkbox"/> o ਊ
35.	\ ਆ k ਚੁ ਚੁ R k ਨਿ ਚੁ ਊ r ਊ ਨਿ ਆ k ~ ਚੁ ਚੁ ot { t ਊ ਊ z ਚੁ ਚੁ k ਆ a po { t ਊ ਊ ਆ v S ਆ S { ਆ c ਨਿ ਊ <input type="checkbox"/> t ਊ ਚੁ ਚੁ <input type="checkbox"/> ਆ k ~ ਚੁ ਚੁ <input type="checkbox"/> m ਊ ਊ ਚੁ ਚੁ	<input type="checkbox"/> ਊ	<input type="checkbox"/> o ਊ

\ ਆ b ਊ ਨਿ ~ \ m ~ ਆ m ਆ ਆ w ਆ ਆ ^ v ਆ m ਆ z k ਨਿ ~ v ਊ 'S j ਚੁ ਆ \ t ਊ ~ ਆ k ~ s ਚੁ < s v ~ (ਆ ਊ ਆ t o ਆ v) k m ~ ਆ S k T ਆ ~ ਚੁ			
36.	w ~ w v \ k { ਚੁ ਊ m ਆ ਆ t ~ v ਆ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ ਊ ਊ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ~ ਆ k ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ ਚੁ, s v ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ S ਚੁ Q ਆ QR ਚੁ w <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ m ~ m ~ m ਆ ਊ o ~ ਚੁ ਚੁ ਆ	<input type="checkbox"/> ਊ	<input type="checkbox"/> o ਊ
37.	{ q ਊ v \ k { ਚੁ ਊ m ਆ ਆ t ~ v ਆ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ ਊ ਊ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ~ ਆ k ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ ਚੁ, s v ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ S ਚੁ Q ਆ QR ਚੁ w <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ m ~ m ~ m ਆ ਊ o ~ ਚੁ ਚੁ ਆ	<input type="checkbox"/> ਊ	<input type="checkbox"/> o ਊ
38.	p w ਨਿ w ਚੁ m ਆ ਆ t ~ v ਆ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ ਊ ਊ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ~ ਆ k ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ ਚੁ, s v ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ S ਚੁ Q ਆ QR ਚੁ w <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ m ~ m ~ m ਆ ਊ o ~ ਚੁ ਚੁ ਆ	<input type="checkbox"/> ਊ	<input type="checkbox"/> o ਊ
39.	t ਚੁ ਚੁ ਆ \ ਸਟੇਰੋਜ { r ਚੁ ਆ ਆ t ~ v ਆ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ ਊ ਊ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ~ ਆ k ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ ਚੁ, s v ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ S ਚੁ Q ਆ QR ਚੁ w <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ m ~ m ~ m ਆ ਊ o ~ ਚੁ ਚੁ ਆ	<input type="checkbox"/> ਊ	<input type="checkbox"/> o ਊ
40.	c ot, c k ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਤਾ m ਨਿ \ ~ 'p k ਆ ਊ k ~ \ t ਆ S Q <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ ਊ ਊ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ~ ਆ k ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ ਚੁ, s v ~ <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਆ S ਚੁ Q ਆ QR ਚੁ w <input type="checkbox"/> r ਊ ਨਿ ਨਿ m ~ m ~ m ਆ ਊ o ~ ਚੁ ਚੁ ਆ	<input type="checkbox"/> ਊ	<input type="checkbox"/> o ਊ

CBU Unique ID



ਨਾੜੁਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
ਇਤਿਹਾਸ/
ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪੁਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

\ Åb ÜÑ ~w\ m-ø ÅmÑ Å wÅÅ ^ v ÅmÑ z k Ñ-vù'S j ÇÜÅ \ t ù-Å k ~s Ö<s v-(Åã Ä t o Äw] k m~ Ä S k T Ä ~ Ø			
41.	p p k \ Å Ñ ਤੀਰੇਪਤਾ ਯ \ ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÅt ù <input type="checkbox"/> r ù Ñm-Å k ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÑ Ö, s v ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÅ Ç QÅ QR§ w <input type="checkbox"/> r ù ÑmÑm; m-mÅ ù o-ø ~ø o Å	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ù
42.] v r] É mÑy \ ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÅt ù <input type="checkbox"/> r ù Ñm-Å k ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÑ Ö, s v ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÅ Ç QÅ QR§ w <input type="checkbox"/> r ù ÑmÑm; m-mÅ ù o-ø ~ø o Å	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ù
43.	Ü Ä { t mÑ f v <input type="checkbox"/> r ù ÑmÅt ù <input type="checkbox"/> r ù Ñm-Å k ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÑ Ö, s v ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÅ Ç QÅ QR§ w <input type="checkbox"/> r ù ÑmÑm; m-mÅ ù o-ø ~ø o Å	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ù
44.] É mÅ \ Ü Ü Ä t ~ Å ÷ h ~ f v Åy \ ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÅt ù <input type="checkbox"/> r ù Ñm-Å k ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÑ Ö, s v ~ <input type="checkbox"/> r ù ÑmÅ Ç QÅ QR§ w <input type="checkbox"/> r ù ÑmÑm; m-mÅ ù o-ø ~ø o Å	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ù

t ùm~{ t ~\ T Ä ~			
45.	Å b wÑ ç Å S Qã + \ Å k Ç ù \ mÑ { ÑR Ä ÑY R \ k ÅmÑ § v \ Åã v Ñ Ü Ä y ü Ä Ä { ÑmÑ ~w v Å j ~c ù mÑs ~w \ v o ~Ä { Åã Ä { ÑÉ \ ~ Å Ä t ~ Å m~ p k ~a ÷ S { Å ÷ ù w j { o > ' Vm ~ v o w U t § Å { +COVID-19)	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ù
46.	Å b wÑ ç Å S Qã + \ Å k Ç h ~ { § v \ Ä { ÑR Ä ÑY R \ k Å o ~w Ü S Ö Ä { o Å Ñ \ m ~ f Å ~w ^ y ~T S { Å	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ù
47.	Å b wÑ t Å S Qã + \ Å k Ç ù \ Ü f ÖÉ Ç y ~T S { Å \ § c ù { v Å o É Ä § y ~T S { Å Y \ É s a v c ù T w Ö f v Ü ~T Ä { c ù \ Ü Ü R t w \ v y ~T S { Å Ä { Åã { É S Q ^ ~j ~z t w { Å	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ù

CBU Unique ID



ਨਾੜੁਏ ਦੇ ਖੁਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
ਇਤਿਹਾਸ/
ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪੁਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

t ùm~{ t ~\ T Ä ~			
48.	Ä b w N t Ä S Q ä +\ Ä k Ç-öÄ { N É k 9 Ü { ü , q N w Ä { Ä c ù\ Ä k C ü Ä { N Ü N ä t m N ~ + ü w l Ä Ü at ä Ä c ù r w ^ t Ä Ä w Ä m N ~ + ü Ä { N Ü m N É m N p v \ Ä ü S X { Ä	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
49.	Ä b w N 1 t Ä S Q ä +\ Ä k Ç-öS k Ä \ c ù { Ç ~ { t N \ Ü Ä o { Ä { p v \ o ~ w q Ö j y ~ w Ä Ä t ~ Ä Ü { Ä c ù Ä { N Ä Ä Ä t ~ Ä y ~ k N Ç h ~ T w e \ Ä ~ Ä S Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
50.	Ä b w N 1 t Ä S Q ä +\ Ä k C ü Ä { N Ä N R \ k Ä o ~ w { \$ Ü \ Ä ~ Ö { o Ä Ä b w N 1 t Ä S Q ä { \$ Ü y ~ k N Ö N ù o z Ä Ä S Q ny -US Q US Q ù Ä k Ä Q o >	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
51.	Ä b w N 1 t Ä S Q ä +\ Ä k Ç h ~ Ä { N Ä N R \ k Ä o ~ w o ä m Ä Ä { p v \ + Ä y ü Ä T ü Ü Ä y ~ Ä ü v Ä j ~ c ù v { Ü R k N Ç w } ~ Ä m Ä Q Q n ~ y ù ö Ä ü ~ \ v o + Ä ~ Ö { ö Ä w Ä \ Ä k ä M N v ^ v t y ~ T v w p f U f { c ù p Ä Ä Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
52.	Ä b w N 1 t Ä S Q ä +\ Ä k C ü Ä { N Ä N R \ k Ä o ~ w + T ü y ~ y Ä { \$ Ü \ Ä ~ Ö { o Ä Ä b w N 1 t Ä S Q ä o z Ä Ä S Q ny -US Q { f Ä T h my -US Q c ù h ~ f v y w ^ k c y Ä o ~ \ Ä Ä Ü y Ä Ü a Ä w Ö w U { É m Ä y v k 9 Ä Ä Ü N	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
53.	Ä b w N t Ä S Q ä +\ Ä k C ü ^ Ö , h ~ f v Ä ~ v o ü y ~ k N ü v ~ + ü o z Ä Ä my -U m Ä y v k 9 Ä Ä Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
54.	Ä b w N 1 t Ä S Q ä +\ Ä k C ü Ä { N Ä N Ç z o ~ w { \$ Ü \ Ä ~ Ö { o Ä Ä b w N 1 t Ä S Q ä T ü y ~ y Ä Ä { N Ü p Ç z o ~ w { \$ Ü \ Ä ~ Ü N	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü
55.	Ä b w N 1 t Ä S Q ä +\ Ä k C ü T ü y ~ y Ä Ä { N Ä N R \ k Ä o ~ w { \$ Ü \ Ä ~ Ö { o Ä } É y ^ j m Ä Ä { N t Ä S Ä y ü Ä Ä Ä Ä S y ~ k N Ä Cük ° Ä \ Ä k \ Ä N X } É ct ~ W \ ~ \ ù ö Ä S Ü N	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o ü

CBU Unique ID



ਨਾੜੁਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
 ਇਤਿਹਾਸ/
 ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

t ùm~{ t e\ T Ä ~			
56.	Ä b w N 0 1 t Ä S Q ä +\ Ä k Ç ü T ü y ~ y Ä Ä { N R Ä N R \ k Ä o ~ w { \$ Ü \ Ä ~ Ö Ä { Ä ü Ü ü + X h ä y ~ T v { y ~ k N e N y f Ö f +\ w Ä \ Ä k á M N { v ^ v t Ö f ~ U f { r Ä y ~ T v { c ù Ö f ~ U f { { Ä y ~ T v { Ü r ~ N j \ ~ Ä Ö c ù z ü Ö ü Ä { Ä ü \ m N Ä Ö f ~ U f { r Ä c ù Ö f ~ U f { { Ä y ~ T v { m ~ p k ~ w ^ ~ T S Ä S { Ä	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
57.	Ä b w N 0 1 t Ä S Q ä +\ Ä k Ç ü 6 1 w ^ k ~ _ \$ S Q y n N N t ü v U Ä { N Ç { Ç ~ _ v + c N k ù \ Ö] ~ Ä Ä v N Ü	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
58.	Ä b w N 0 1 t Ä S Q ä +\ Ä k Ç ü { \$ Ü y ~ k N Ö N ù o z Ä S Q n y ~ U S Q k S Q c ù w U S Q o >	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
59.	Ä b w N 0 1 t Ä S Q ä +\ Ä k Ç ü T ü y ~ y Ä o z Ä S Q n y ~ U S Q w U + { f Ä T h m y ~ U S Q w U + c ù Ä { N ~ f v y w k Ç h N U k c y Ä o ~ \ Ä Ä \ Ü y Ä Ü a Ä w U Ä { N É m Ä y v k \ Ä Ä Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
60.	\ Ä k Ç e X h ä Ö ü \ Ä k Ç ü \ m N Ä Ü ü c ù X h ä y ~ k N ä N y p ~ X ^ X Ü ' Ä { Ä ü p ä k ~ w S f Ö f y Ä z t w o (>	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û
61.	\ Ä k Ç h ~ \ m N Ä Ü Ü Z y ~ k N Ö f p e N y S T S Ö T { Ä ü p ä k ~ w S f Ö f y Ä z t w o (c ù k Ç e m N Ö p v Ä { ' w k ù r ~ y ù m N N w N ~ ^ ù e p s ~ Ä k \ v o y ~ w ~ R \$ \ R n v \$ (Ü S Ö { m ~ \ Ü \ ~ v o p k ~ o û a Ü S > Ü Ü Z m ~ t k w r Ä W o f Ä { Ö Ä Ü v \ \ y ~ T v { Ö	<input type="checkbox"/> ù	<input type="checkbox"/> o û

CBU Unique ID



ਨਾੜੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
ਇਤਿਹਾਸ/
ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

Completed by:

RN Signature:	
Date:	YYYY / MM / DD

Section 1: Reviewer Comments, if applicable (initial and date each entry). Document question # if applicable.

Section 2: Risk Factors, if applicable (initial and date each entry) Document question # (if applicable) and reason.

CBU Unique ID



ਨਾੜੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
 ਇਤਿਹਾਸ/
 ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

Section 3: Medical Consult Required (if applicable)		
Consult Medical <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding, Consult Medical <input type="checkbox"/>	
Date YYYY / MM / DD	RN Initials:	
Review of Medical Decision (Supporting documentation attached)		
Eligible <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding, <input type="checkbox"/>	Defer <input type="checkbox"/>
Date YYYY / MM / DD	RN Initials:	

Section 4: Deferral Notification, if applicable		
Notification Attempt #1	Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:
Notification Attempt #2 (if applicable)	Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:
Note (if applicable)		
Unable to contact mother for notification <input type="checkbox"/> If applicable	Date: YYYY / MM / DD	RN Initials:

CBU Unique ID



ਨਾੜੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ
 ਇਤਿਹਾਸ/
 ਸਿਹਤ ਮਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

Section 5: Final Eligibility		
Eligible <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding <input type="checkbox"/>	
Defer <input type="checkbox"/> <i>Select all deferral reasons that apply.</i>		
<input type="checkbox"/> Language Barrier	<input type="checkbox"/> Declined CB-MHHAQ and/or BW	
<input type="checkbox"/> Maternal Medical/Genetic History	<input type="checkbox"/> Mother's Travel History	
<input type="checkbox"/> Family Medical/Genetic History	<input type="checkbox"/> Unable to Obtain Maternal Samples	
<input type="checkbox"/> Mother's Social History		
Notification from MF of Non Qualifying Unit <input type="checkbox"/> (If applicable)	Mother Notified of Deferral <input type="checkbox"/> or Non Qualifying Unit, if applicable	
Chart Review Form Attached <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Attachments <input type="checkbox"/> N/A		
Attachment #	Attachment Title	# pages in Attachment
ATT- 0		
ATT- 0		
Date: YYYY / MM / DD	RN Signature:	
2 nd RN Reviewer/Initials: _____		Date: YYYY / MM / DD
DEV# (if applicable):		

CBU Unique ID