



Maternal Hospital ID Label

ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

OTT  BRM  EDM  VAN

ਤਾਰੀਖ: (Date) YYYY / MM / DD

ਫੋਨ ਇੰਟਰਵਿਊ  (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ)

ਫਾਈਲ 'ਤੇ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ

\* ਲਾਜ਼ਮੀ ਫੀਲਡ

ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ

*ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਭਾਗ (Last Name) ਸਰਕਾਰੀ ਆਈ.ਡੀ. ਅਨੁਸਾਰ			
* ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਭਾਗ (First Name) ਸਰਕਾਰੀ ਆਈ.ਡੀ. ਅਨੁਸਾਰ			
*ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ (DOB)	YYYY / MM / DD	*ਫੋਨ#	( )
ਈਮੇਲ (ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ)		ਮੋਬਾਈਲ# (ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ)	

\*ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (#, ਸਟਰੀਟ):

*ਸ਼ਹਿਰ:	*ਪ੍ਰਾਂਤ	*ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ		
ਡਾਕਟਰ/ਦਾਈ ਦਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ):	ਡਾਕਟਰ/ਦਾਈ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ):			
ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ):	ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ):			
ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਤਬਦੀਲੀ:	<input type="checkbox"/> ਨਾਮ	<input type="checkbox"/> ਪਤਾ	<input type="checkbox"/> ਫੋਨ ਨੰਬਰ	<input type="checkbox"/> ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ

CBU Unique ID

RESTRICTED

1/14

Medical History Health Assessment Questionnaire-PJB

F800822PJB (2018-10-24)



ਨਾੜੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

**Maternal Hospital ID Label**

ਦਾਨ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ		
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੈਨੇਡਾ ਵਿੱਚ ਕੈਨੇਡੀਅਨ ਬਲੱਡ ਸਰਵਿਸਜ਼ ਜਾਂ ਹੈਮਾਕਵੀਬਿਕ ਵਿਖੇ ਕਦੇ ਵੀ ਆਪਣੇ ਵਰਤਮਾਨ ਨਾਮ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨਾਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਖੂਨ, ਖੂਨ ਦੇ ਕਿਸੇ ਉਤਪਾਦ, ਸਟੈੱਮ ਸੈੱਲਾਂ ਜਾਂ ਨਾੜੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਦਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> CBS <input type="checkbox"/> HQ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਕੈਨੇਡੀਅਨ ਬਲੱਡ ਸਰਵਿਸਜ਼ ਜਾਂ ਹੈਮਾਕਵੀਬਿਕ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਖੂਨ ਦਾਨੀ, ਸਟੈੱਮ ਸੈੱਲ ਦਾਨੀ ਜਾਂ ਨਾੜੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦੇ ਦਾਨੀ ਵਜੋਂ ਸਥਗਿਤ ਜਾਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

**Maternal Hospital ID Label**

ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੈ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਆਈਟਮਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਉਸ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ (✓) ਲਗਾਓ ਜੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ, ਪਿਤਾ ਅਤੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਵਰਣਨ ਕਰਦੀ(ਆਂ) ਹਨ।

	ਮਾਤਾ	ਨਾਨੀ	ਨਾਨਾ		ਪਿਤਾ	ਦਾਦੀ	ਦਾਦਾ
Arab – ਅਰਬ							
Asian-Central ਏਸ਼ੀਆਈ-ਕੇਂਦਰੀ							
Asian-North ਏਸ਼ੀਆਈ-ਉੱਤਰੀ							
Asian-Northeast ਏਸ਼ੀਆਈ-ਉੱਤਰਪੂਰਬੀ							
Asian-South ਏਸ਼ੀਆਈ-ਦੱਖਣੀ							
Asian-Southeast ਏਸ਼ੀਆਈ-ਦੱਖਣਪੂਰਬੀ							
Black-African ਕਾਲੇ-ਅਫਰੀਕਨ							
Black-Caribbean ਕਾਲੇ-ਕੈਰੀਬੀਅਨ							
Black-Other – ਕਾਲੇ-ਹੋਰ							
Caucasian/White ਕਾਕੇਸ਼ੀਅਨ/ਗੋਰੇ							
Chinese – ਚੀਨੀ							
Filipino – ਫਿਲੀਪੀਨੋ							
First Nations ਫਸਟ ਨੇਸ਼ਨਜ਼							
Hispanic ਹਿਸਪੈਨਿਕ							
Inuit - ਇਨੂਇਟ							
Jewish-Ashkenazi ਯਹੂਦੀ-ਅਸ਼ਕੇਨਾਜ਼ੀ							
Jewish-Sephardic ਯਹੂਦੀ-ਸੈਪਹਾਰਡਿਕ							
Metis - ਮੀਟਿਸ							
Pacific Islander ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ							
Multiple Ethnicity ਇੱਕ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਨਸਲੀ ਲ							
Unknown - ਅਗਿਆਤ							

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



**ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ**

**Maternal Hospital ID Label**

<b>ਗਰਭਅਵਸਥਾ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ</b>			
1.	ਕੀ ਗਰਭਧਾਰਨ ਕਿਸੇ ਦਾਨੀ ਦੇ ਸ਼ੁਕਰਾਣੂਆਂ, ਦਾਨੀ ਦੇ ਅੰਡੇ, ਜਾਂ ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਕੁੱਖ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਵਾਨ ਚੜ੍ਹਿਆ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
2.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਗਰਭਅਵਸਥਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀਆਂ ਗਰਭਅਵਸਥਾਵਾਂ ਕਰਕੇ ਕੋਈ ਉਲਝਣਾਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
3.	ਕੀ ਇਸ ਗਰਭਅਵਸਥਾ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਲਾਗਾਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ: ਬੈਕਟੀਰੀਆ ਸਬੰਧੀ, ਉੱਲੀ ਜਾਂ ਵਾਇਰਸ ਦੀਆਂ ਲਾਗਾਂ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
4.	ਤੁਹਾਡੀ ਗਰਭਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ, ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਵੈਸਟ ਨੀਲ ਵਾਇਰਸ ਦੀ ਤਸ਼ਖੀਸ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਾਂ ਵੈਸਟ ਨੀਲ ਵਾਇਰਸ ਵਾਸਤੇ ਟੈਸਟ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਪਾਜੇਟਿਵ ਆਇਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
5.	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਪੂਰਵ-ਜਣੇਪਾ ਟੈਸਟ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਗੈਰ-ਸਾਧਾਰਨ ਆਇਆ ਹੈ? (ਦੂਜੇ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ ਅਮੀਨੋਸੈਂਟੀਸਿਸ, ਬਲੱਡ ਟੈਸਟ ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ)	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
6.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸਮ 1 ਡਾਇਆਬਿਟੀਜ਼ ਹੈ ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
7.	ਕੀ 2007-01-01 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਸੀਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਇਨਸੁਲਿਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
8.	ਕੀ ਪਿਛਲੇ 7 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿਟਾਮਨਾਂ ਅਤੇ ਆਇਰਨ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈਆਂ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
9.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਜੀਵਨ ਲਈ ਮਾਰੂ ਐਲਰਜੀਆਂ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



ਨਾੜੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

**Maternal Hospital ID Label**

<b>ਮਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ</b>			
10.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰੀ ਮਸਲੇ ਹੋਏ ਹਨ ਜਾਂ ਕੋਈ ਜਾਂਚਾਂ ਕਰਵਾਈਆਂ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
11.	ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਖੂਨ ਚੜ੍ਹਵਾਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਖੂਨ ਉਤਪਾਦ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ ਚੜ੍ਹਵਾਏ ਹਨ ਜਿਸ ਵਿੱਚ Rh ਗੈਰ-ਅਨੁਰੂਪਤਾ ਵਾਸਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
12.	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਮਨੁੱਖੀ ਪਿਚੂਟਰੀ ਵਾਧੇ ਵਾਲਾ ਹਾਰਮੋਨ ਲਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
13.	ਕੀ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਹਲਕਾਮ ਵਾਸਤੇ ਵੈਕਸੀਨ ਲਈ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
14.	ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਜਾਨਵਰ ਵੱਲੋਂ ਕੱਟਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਉਸ ਜਾਨਵਰ ਨੂੰ ਹਲਕਾਮ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਵੇ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
15.	ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਲੋਦੇ ਜਾਂ ਵੈਕਸੀਨਾਂ ਲਗਵਾਈਆਂ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
16.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਕਿਸੇ ਕਿਸਮ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲੂਕੀਮੀਆ ਜਾਂ ਲਿਮਫੋਮਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
17.	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਖੂਨ ਵਗਣ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਕਾਰ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੀਮੋਫਿਲੀਆ, ਵਾਸਤੇ ਕਦੇ ਵੀ ਖੂਨ ਜੰਮਣ ਸਬੰਧੀ ਕਾਰਕ ਦੇ ਸੰਘਣੇ-ਰੂਪਾਂ (concentrates) ਨੂੰ ਲਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
18.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਪੀਲੀਆ, ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਵਾਇਰਲ ਹੈਪਾਟਾਈਟਸ ਹੋਇਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
19.	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਕਦੇ ਵੀ ਡਿਊਰਾ ਮੇਟਰ (ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਬਾਹਰੀ ਪਰਤ) ਦੀ ਕਲਮ ਲਗਾਈ ਗਈ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



Maternal Hospital ID Label

**ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ**

20.	ਕੀ ਕਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਖੂਨ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ (ਮਾਪਿਆਂ, ਭੈਣਾਂ-ਭਰਾਵਾਂ) ਵਿੱਚ ਕਰੂਜ਼ਫੈਲਟ-ਜੈਕਬ ਬਿਮਾਰੀ (CJD), CJD ਦੇ ਬਦਲੇ ਹੋਏ ਰੂਪ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤੰਤੂ-ਵਿਗਿਆਨਕ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਪਤਾ ਨਾ ਹੋਵੇ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
21.	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਆਪਣੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤੋਂ ਪ੍ਰਤੀਰੋਪਣ ਜਾਂ ਟਿਸੂ ਦੀ ਕਲਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੋਈ ਅੰਗ, ਹੱਡੀ ਦੀ ਮਿੱਝ, ਸਟੈਮ ਸੈੱਲ, ਕੋਰਨੀਆ, ਹੱਡੀ ਜਾਂ ਟਿਸੂ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
22.	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਕੋਈ ਪ੍ਰਤੀਰੋਪਣ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਵਾਈ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਜਾਨਵਰ ਦੇ ਜੀਵਤ ਸੈੱਲਾਂ, ਟਿਸੂਆਂ, ਜਾਂ ਅੰਗਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਹੋਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
23.	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਰਹੇ ਹੋ ਜਾਂ ਉਸ ਨਾਲ ਜਿਨਸੀ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸਨੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਤੀਰੋਪਣ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਵਾਈ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਜਾਨਵਰ ਦੇ ਜੀਵਤ ਸੈੱਲਾਂ, ਟਿਸੂਆਂ, ਜਾਂ ਅੰਗਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਹੋਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
24.	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਕਦੇ ਵੀ ਪੈਰਾਸਿਟਿਕ ਬਲੱਡ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਈ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਲੀਸ਼ਮੇਨੀਆਸਿਸ, ਬੋਬਸੀਓਸਿਸ, ਜਾਂ ਚਗਾਸ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ) ਜਾਂ ਚਗਾਸ ਜਾਂ ਟੀ.ਕਰੂਜ਼ੀ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪਾਜੇਟਿਵ ਨਤੀਜੇ ਆਏ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪੜਤਾਲੀਆ ਟੈਸਟ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
25.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਮਲੇਰੀਆ ਹੋਇਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
26.	ਕੀ ਪਿਛਲੇ 3 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਯੂ.ਐੱਸ. ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਥਾਂ ਕੈਨੇਡਾ ਦੇ ਬਾਹਰ ਯਾਤਰਾ ਕੀਤੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



Maternal Hospital ID Label

ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

**ਮਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ**

**ਸਵਾਲਾਂ 27-31 ਵਾਸਤੇ ਹਵਾਲਾ ਚਾਰਟ: ਉਹ ਦੇਸ਼ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ vCJD ਦੇ ਜੋਖਮ ਵਾਲੇ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ**

ਅਲਬਾਨੀਆ	ਫਿਨਲੈਂਡ	ਲਕਜ਼ਮਬਰਗ	ਸਲੋਵਾਕ ਗਣਰਾਜ
ਆਸਟਰੀਆ	ਫਰਾਂਸ	ਮੈਸੇਡੋਨੀਆ	ਸਲੋਵੇਨੀਆ
ਬੈਲਜੀਅਮ	ਜਰਮਨੀ	ਨੀਦਰਲੈਂਡਸ (ਹਾਲੈਂਡ)	ਸਪੇਨ
ਬੋਸਨੀਆ-ਹਰਜੇਗੋਵਿਨਾ	ਯੂਨਾਨ	ਨਾਰਵੇ	ਸਵੀਡਨ
ਬੁਲਗਾਰੀਆ	ਹੰਗਰੀ	ਪੋਲੈਂਡ	ਸਵਿਟਜ਼ਰਲੈਂਡ
ਕਰੋਸ਼ੀਆ	ਆਇਰਲੈਂਡ (ਰੀਪਬਲਿਕ ਆਫ)	ਪੁਰਤਗਾਲ	ਤੁਰਕੀ
ਚੈਕ ਗਣਰਾਜ	ਇਟਲੀ	ਰੋਮਾਨੀਆ	ਯੂਗੋਸਲਾਵੀਆ (ਫੈਡਰਲ ਰੀਪਬਲਿਕ ਆਫ): ਕੋਸੋਵੋ,
ਡੈਨਮਾਰਕ	ਲਿਕਟਨਸਟਾਇਨ	ਸੈਨ ਮਰੀਨੋ	ਮੌਂਟੇਨੇਗਰੋ, ਸਰਬੀਆ
		ਸਾਊਦੀ ਅਰਬ	

ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਕਿੰਗਡਮ (UK): ਇੰਗਲੈਂਡ, ਉੱਤਰੀ ਆਇਰਲੈਂਡ, ਸਕਾਟਲੈਂਡ, ਵੇਲਜ਼, ਆਈਜਲ ਆਫ ਮੈਨ, ਚੈਨਲ ਆਈਲੈਂਡਜ਼, ਗਿਬਰਲਟਰ, ਜਾਂ ਫਾਕਲੈਂਡ ਆਈਲੈਂਡਜ਼

27.	1980 ਤੋਂ ਲੈਕੇ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਉਸਦੀ ਯਾਤਰਾ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ vCJD (ਵੇਰੀਐਂਟ ਕਰੂਜ਼ਫੈਲਟ-ਜੈਕਬ ਡਿਜੀਜ਼) ਦੇ ਸੰਚਾਰਨ ਵਾਸਤੇ ਜੋਖਮ ਵਜੋਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ 32 'ਤੇ ਚਲੇ ਜਾਓ।	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
28.	1980-1996 ਤੋਂ ਲੈਕੇ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਕਿੰਗਡਮ ਜਾਂ ਫਰਾਂਸ ਵਿੱਚ ਏਨਾ ਕੁ ਸਮਾਂ ਬਤੀਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸਦਾ ਜੋੜ 3 ਮਹੀਨੇ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਬਣਦਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
29.	ਕੀ ਤੁਸੀਂ 1 ਜਨਵਰੀ, 1980 ਤੋਂ ਲੈਕੇ 31 ਦਸੰਬਰ, 1996 ਦਰਮਿਆਨ ਕੁੱਲ 6 ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਮਹੀਨੇ ਸਾਊਦੀ ਅਰਬ ਵਿੱਚ ਬਿਤਾਏ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
30.	1980 ਤੋਂ ਲੈਕੇ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਯੂਕੇ ਜਾਂ ਫਰਾਂਸ ਜਾਂ ਯੂਰਪ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਵੀ ਖੂਨ ਜਾਂ ਖੂਨ ਦੇ ਉਤਪਾਦਾਂ ਨੂੰ ਚੜ੍ਹਵਾਇਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
31.	1980 ਤੋਂ ਲੈਕੇ ਕੀ ਤੁਸੀਂ vCJD (ਵੇਰੀਐਂਟ ਕਰੂਜ਼ਫੈਲਟ-ਜੈਕਬ ਡਿਜੀਜ਼) ਵਾਸਤੇ ਜੋਖਮ 'ਤੇ ਸਮਝੇ ਜਾਂਦੇ ਕਿਸੇ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਏਨਾ ਕੁ ਸਮਾਂ ਬਤੀਤ ਕੀਤਾ ਹੈ (1980-1996 ਤੱਕ ਯੂਕੇ ਵਿੱਚ ਬਤੀਤ ਕੀਤੇ ਸਮੇਂ ਸਮੇਤ) ਜਿਸਦਾ ਜੋੜ 5 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਬਣਦਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
32.	ਕੀ ਇਸ ਗਰਭਾਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ZIKA ਦੀ ਲਾਗ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



Maternal Hospital ID Label

**ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ**

33.	ਕੀ ਇਸ ਗਰਭਾਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਸਰਗਰਮ ZIKA ਸੰਚਾਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਉਥੇ ਯਾਤਰਾ ਕੀਤੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
34.	ਇਸ ਗਰਭਾਵਸਥਾ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਭੋਗ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹਨਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਜੋਖਮ ਕਾਰਕਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦੇ ਵੀ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਚੱਲਿਆ ਹੈ: i. ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ZIKA ਲਾਗ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਤਸ਼ਖੀਸ ii. ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਰਗਰਮ ZIKA ਸੰਚਾਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਿਵਾਸ ਜਾਂ ਉਥੋਂ ਦੀ ਯਾਤਰਾ।	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
<b>ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ</b>			
35.	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ ਭੈਣ-ਭਰਾ ਜਾਂ ਚਚੇਰੇ-ਮਸੇਰੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ ਹੋ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
36.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪਿਤਾ ਨੂੰ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਚਪਨ ਸਮੇਂ ਗੋਦ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ? ਜੇ ਹਾਂ, <input type="checkbox"/> ਮਾਂ ਨੂੰ <input type="checkbox"/> ਪਿਤਾ ਨੂੰ <input type="checkbox"/> ਦੋਨਾਂ ਨੂੰ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
<b>ਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ (ਖੂਨ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ) ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਦਾ ਗਿਆਤ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ:</b>			
37.	<b>ਲਾਲ ਰਕਤ ਸੈੱਲਾਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ</b> <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਆਂਟੀਆਂ/ਅੰਕਲ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
38.	<b>ਸਫੈਦ ਰਕਤ ਸੈੱਲਾਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ</b> <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਆਂਟੀਆਂ/ਅੰਕਲ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
39.	<b>ਪਲੇਟਲੈੱਟ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ</b> <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਆਂਟੀਆਂ/ਅੰਕਲ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
40.	<b>ਮੈਟਾਬੋਲਿਕ/ਸਟੋਰੇਜ ਸਬੰਧੀ ਬਿਮਾਰੀ</b> <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਆਂਟੀਆਂ/ਅੰਕਲ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

CBU Unique ID

**RESTRICTED**





Maternal Hospital ID Label

**ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ**

41.	<b>ਜਨਮ-ਜਾਤ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਤਾ ਦੇ ਵਿਕਾਰ (ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਤਾ-ਕਮੀਆਂ)</b> <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਆਂਟੀਆਂ/ਅੰਕਲ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
42.	<b>ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਤਾ ਵਿਕਾਰ</b> <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਆਂਟੀਆਂ/ਅੰਕਲ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
43.	<b>ਖਰਾਬ ਖੂਨ ਦੇ ਵਿਕਾਰ</b> <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਆਂਟੀਆਂ/ਅੰਕਲ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
44.	<b>ਹੋਰ ਕਿਸਮ ਦੇ ਕੈਂਸਰ</b> <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਆਂਟੀਆਂ/ਅੰਕਲ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
45.	<b>ਖੂਨ ਦੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਵਿਕਾਰ</b> <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਂ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਆਂਟੀਆਂ/ਅੰਕਲ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਜਾਂ ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Maternal Hospital ID Label

ਮਾਂ ਦਾ ਸਮਾਜਕ ਇਤਿਹਾਸ			
46.	ਪਿਛਲੇ 12 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਸੰਪਰਕ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਿਸਨੇ ਚੇਚਕ ਦਾ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਇਆ ਸੀ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
47.	ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਟੈਟੂ ਖੁਣਵਾਇਆ ਸੀ, ਕੰਨ ਜਾਂ ਸਰੀਰ ਨੂੰ ਵਿੰਨਵਾਇਆ ਸੀ, ਐਕੂਪੰਕਚਰ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟਰੋਲਾਇਸਿਸ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਅਮਲ ਕਰਵਾਇਆ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸੂਈਆਂ ਲਗਾਉਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
48.	ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਸੂਈ ਤੋਂ ਕੋਈ ਸੱਟ-ਫੇਟ ਲੱਗੀ ਸੀ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਜਖ਼ਮ ਦੇ ਰਾਹੀਂ, ਲੱਥੀ ਹੋਈ ਚਮੜੀ, ਜਾਂ ਬਲਗਮੀ ਝਿੱਲੀ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੇ ਖੂਨ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਆਏ ਸੀ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
49.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਤਸ਼ਿਕ ਜਾਂ ਸੁਜ਼ਾਕ ਸਮੇਤ ਕੋਈ ਜਿਨਸੀ ਸੰਪਰਕ ਨਾਲ ਫੈਲਣ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਈ ਸੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਬਿਮਾਰੀ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
50.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਭੋਗ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸਨੇ <b>ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ</b> ਵਿੱਚ ਸੰਭੋਗ ਵਾਸਤੇ ਪੈਸੇ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈਆਂ ਜਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
51.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਸੰਪਰਕ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇੱਕੋ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣਾ ਜਾਂ ਰਸੋਈ ਅਤੇ ਗੁਸਲਖਾਨੇ ਦੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨਾ, ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਕਲੀਨਿਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਗਰਮ ਵਾਇਰਲ ਹੈਪਾਟਾਈਟਸ ਜਾਂ ਪੀਲੀਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
52.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ, ਇੱਕ ਵਾਰ ਵੀ, ਸੰਭੋਗ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸਨੇ ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ, ਸਟੀਰੋਇਡ ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਤਜਵੀਜ਼ ਨਾ ਕੀਤੀ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਲੈਣ ਲਈ ਸੂਈ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



Maternal Hospital ID Label

**ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ**

53.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਕੀਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
54.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਪੁਰਸ਼ ਨਾਲ ਸੰਭੋਗ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਿਸਨੇ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ ਵੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪੁਰਸ਼ ਨਾਲ ਸੰਭੋਗ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
55.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਵਾਰ ਵੀ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਭੋਗ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸਨੇ ਖੂਨ ਵਗਣ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੀਮੋਫਿਲਿਆ ਵਾਸਤੇ ਮਨੁੱਖਾਂ ਤੋਂ ਵਿਕਸਿਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਖੂਨ ਜਮਾਉ ਕਾਰਕਾਂ ਨੂੰ ਲਿਆ ਹੋਵੇ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
56.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਵਾਰ ਵੀ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਭੋਗ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ HIV, ਏਡਜ਼ ਵਾਇਰਸ ਵਾਸਤੇ ਪਾਜੇਟਿਵ ਟੈਸਟ, ਕਲੀਨਿਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਗਰਮ ਹੈਪਾਟਾਈਟਸ ਬੀ ਵਾਇਰਸ ਜਾਂ ਹੈਪਾਟਾਈਟਸ ਸੀ ਵਾਇਰਸ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਸ਼ੱਕ ਹੈ ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਦੇ ਵੀ ਹੈਪਾਟਾਈਟਸ ਬੀ ਜਾਂ ਹੈਪਾਟਾਈਟਸ ਸੀ ਵਾਇਰਸ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
57.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ 72 ਲਗਾਤਾਰ ਘੰਟਿਆਂ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਯੁਵਕ ਸੁਧਾਰ ਘਰ, ਜੇਲ੍ਹ ਜਾਂ ਕੈਦਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
58.	ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੰਭੋਗ ਵਾਸਤੇ ਪੈਸੇ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂ ਲਈਆਂ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
59.	ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਵਾਰ ਵੀ, ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਟੀਰੋਇਡ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਤਜਵੀਜ਼ ਨਾ ਕੀਤੀ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਲੈਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਸੂਈ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
60.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਏਡਜ਼ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ HIV ਜਾਂ ਏਡਜ਼ ਵਾਸਤੇ ਪਾਜੇਟਿਵ ਪਾਏ ਗਏ ਹੋ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪੜਤਾਲੀਆ ਟੈਸਟ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ)?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
61.	ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕਦੇ ਵੀ HTLV ਵਾਸਤੇ ਟੈਸਟ ਪਾਜੇਟਿਵ ਆਇਆ ਹੈ (ਇਸ ਵਿੱਚ ਪੜਤਾਲੀਆ ਟੈਸਟ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ) ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਪੈਰਾਪਰੀਸਿਸ (ਲੱਤਾਂ-ਬਾਹਵਾਂ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਭਾਗਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਅੰਸ਼ਕ ਅਧਰੰਗ) ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਿਸਦਾ ਕੋਈ ਕਾਰਨ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਚੱਲਿਆ? HTLV ਦਾ ਮਤਲਬ ਹਿਊਮਨ ਟੀ-ਸੈੱਲ ਲਿੰਫੋਟੋਰੋਫਿਕ ਵਾਇਰਸ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

<b>Maternal Hospital ID Label</b>
-----------------------------------

Completed by:

<b>CBS RN Signature:</b>	
<b>Date:</b>	

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

--

CBU Unique ID
---------------

**RESTRICTED**



ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

**Maternal Hospital ID Label**

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

**Section 3: Medical Consult Required** (if applicable)

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

CBU Unique ID

**RESTRICTED**



ਨਾਤੂਏ ਦੇ ਖੂਨ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ/  
ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

<p><b>Maternal Hospital ID Label</b></p>
--

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:

Section 5: Final Eligibility	
Eligible <input type="checkbox"/>	Eligible, Unusual Finding <input type="checkbox"/>
Defer <input type="checkbox"/> (if applicable) <i>Select all deferral reasons that apply.</i>	
<input type="checkbox"/> Language Barrier <input type="checkbox"/> Maternal Medical/Genetic History <input type="checkbox"/> Family Medical/Genetic History <input type="checkbox"/> Mother's Social History	<input type="checkbox"/> Declined CB-MHHAQ and/or BW <input type="checkbox"/> Mother's Travel History <input type="checkbox"/> Unable to Obtain Maternal Samples
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, if applicable <input type="checkbox"/>	
Date: YYYY / MM / DD	RN Signature:
2 <sup>nd</sup> RN Reviewer/Initials _____	Date: YYYY / MM / DD
QER# (if applicable):	

CBU Unique ID

**RESTRICTED**