

ਪੋਸਟ ਕੋਵਿਡ-19 ਰਿਕੂਵਰੀ ਕਲੀਨਿਕ
ਕਲੀਨਿਕਲ ਕੇਅਰ ਨੈਟਵਰਕ
POST-COVID-19 RECOVERY CLINIC
CLINICAL CARE NETWORK

ਸਵਾਲਨਾਮਾ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਤਾਰੀਖ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) _____

ਕਲੀਨਿਕ ਆਉਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਤਾਰੀਖ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) _____ (ਜੇ ਸਵਾਲਨਾਮਾ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਤੇ ਵੱਖਰੀ ਤਾਰੀਖ ਹੈ)

1 ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਵੇਰਵਾ PATIENT DEMOGRAPHICS

ਨਾਮ: _____

ਆਖਰੀ

ਸ਼ੁਰੂ ਦਾ

ਵਿਚਕਾਰਲਾ

ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ: (ਤਾਰੀਖ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) ____/____/____

ਤੁਹਾਡੀ ਰਹਿਣ ਸਹਿਣ ਦੀ ਹਾਲਤ? ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇੱਕ ਸਵਾਲ ਦਾ ਇੱਕ ਹੀ ਜਵਾਬ ਚੁਣੋ।

ਮੈਂ:

- ਇਕੱਲਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹਾਂ
- ਮੈਂ ਹੋਰਨਾਂ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹਾਂ

ਮੇਰੀ ਮੁੱਖ ਰਿਹਾਇਸ਼:

- ਇੱਕ ਘਰ ਹੈ ਜਾਂ ਟਾਊਨ ਹਾਊਸ ਜਾਂ ਮੇਬਾਈਲ ਹੋਮ ਹੈ
- ਕਾਂਡੋ ਹੈ ਜਾਂ ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਹੈ
- ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸੁਵਿਧਾ
- ਮੇਰਾ ਕੋਈ ਘਰ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਨੈਕਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਕੀ ਕੰਮ/ਪੇਸ਼ਾ ਹੈ: _____

ਕੰਮ ਦਾ ਉਦਯੋਗ: _____

ਕੀ ਤੁਸੀਂ:

- ਪੂਰੇ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ (ਰੈਗੂਲਰ ਘੰਟੇ)
- ਥੋੜ੍ਹਾ ਸਮਾਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ (ਰੈਗੂਲਰ ਘੰਟਿਆਂ ਨਾਲੋਂ 50% ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ)
- ਥੋੜ੍ਹਾ ਸਮਾਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ (ਰੈਗੂਲਰ ਘੰਟਿਆਂ ਨਾਲੋਂ 50% ਤੋਂ ਘੱਟ)
- ਕੋਵਿਡ-19 ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਕਾਰਨ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ

ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਜਾਤੀ ਦੇ ਹੋ?

- ਗੋਰੇ (ਕਾਕੇਸੀਅਨ) ਆਦਿ-ਵਾਸੀ
- ਕਾਲੇ (ਜਿਵੇਂ ਅਫਰੀਕਣ, ਸੋਮਾਲੀ) ਲੈਟਿਨ ਅਮਰੀਕਨ
- ਏਸ਼ੀਅਨ : (ਲਿਖੋ ਕਿਹੜੇ):
- ਹੋਰ: (ਲਿਖੋ ਕੌਣ ਹੋ):

2. ਤਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ SMOKING HISTORY

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਸਿਗਰਟ ਪੀਤੀ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਕਿੰਨੀ ਸਿਗਰਟ ਪੀਂਦੇ ਹੋ (ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 1 ਸਿਗਰਟ) ਹਰ ਰੋਜ਼ ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਸਾਲ ਤਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ?

ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਸਾਲ ਤਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਬੰਦ ਕੀਤੀ? (ਜੇ ਹਾਲੀ ਵੀ ਤਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਐਸਤਨ ਤੁਸੀਂ ਰੋਜ਼ ਕਿੰਨੀਆਂ ਸਿਗਰਟਾਂ ਪੀਂਦੇ ਹੋ/ਸੀ?

ਕੋਵਿਡ-19 ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਅੰਦਰ ਸੁੰਘਣ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥ ਵਰਤੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੋਵਿਡ-19 ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਅੰਦਰ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮੈਰੀਜ਼ੁਆਨਾ ਦਾ ਨਸ਼ਾ ਕੀਤਾ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

2. ਕੋਵਿਡ-19 ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ COVID-19 HISTORY

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਵਿਡ-19 ਹੋਇਆ ਤਾਂ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਹੜੇ ਲੱਛਣ ਨਵੇਂ ਸਨ ਜਾਂ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖਰਾਬ ਹੋਏ ਸਨ?	ਹਸਪਤਾਲ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਦੌਰਾਨ ਨਵੇਂ ਜਾਂ ਖਰਾਬ ਲੱਛਣ	ਲੱਛਣ ਜੋ ਹਾਲੀ ਵੀ ਹਨ
ਸਾਹ ਫੁੱਲਣਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਖੰਘ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਗਲਾ ਦੁਖਣਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਛਾਤੀ ਜੰਮਣੀ (ਰੋਸ਼ਾ ਬਣਨਾ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਛਾਤੀ ਵਿਚ ਦਰਦ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਦਿਲ ਧੜਕਣਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਿਰ ਦਰਦ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਬੁਖਾਰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਥਕਾਵਟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕਮਜ਼ੋਰੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਵਾਦ ਅਤੇ ਸੁੰਘਣ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਘਟਣੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਆਵਾਜ਼ ਖਰਾਬ ਹੋਣੀ/ ਬਦਲਣੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਦਿਲ ਕੱਚਾ ਹੋਣਾ ਜਾਂ ਉਲਟੀਆਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਦਸਤ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਜਾਂ ਜੋੜਾਂ ਵਿਚ ਦਰਦਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਰੀਰ ਤੇ ਧੱਫੜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਉਗਲੀਆਂ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠਿਆਂ ਦਾ ਰੰਗ ਬਦਲਣਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕੋਈ ਹੋਰ (ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲੇ ਲੱਛਣ ਕਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਏ? (ਤਾਰੀਖ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) _____ / _____ / _____
 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੀਬਰਤਾ ਘਟਦੀ ਵਧਦੀ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਇਸ ਕਰ ਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ? ਸਰੀਰਕ ਮਿਹਨਤ ਦਿਮਾਗੀ ਕੰਮ ਭਾਵੁਕ ਘਟਨਾਵਾਂ
 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿਚ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

3. ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ MEDICAL STATUS

ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ “ਹਾਂ” ਜਾਂ “ਨਾਂਹ” ਵਿਚ ਦਿਓ। ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ।
 ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੱਕਾ ਯਕੀਨ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਚੰਗਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਉਹ ਚੁਣੋ।

ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਅਪਾਹਜ ਜਾਂ ਅਪੰਗ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕਮਜ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਕਾਰਨ ਸਰਗਰਮੀ ਤੇ ਰੋਕ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਖਾਣਾ ਪਕਾਉਣ/ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਮਦਦ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਜ਼ਰੂਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਖਰੀਦਣ ਲਈ ਮਦਦ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਘਰ ਦੇ ਕੰਮ ਲਈ ਮਦਦ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਘਰ ਦੇ ਭਾਰੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਮਦਦ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਮਦਦ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਘਰ ਵਿਚ ਚੱਲਣ ਫਿਰਨ ਲਈ ਮਦਦ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਖਾਣੇ ਤੋਂ ਅਲਰਜੀਆਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਦਮਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਪੋਸਟ ਕੋਵਿਡ-19 ਰਿਕੂਵਰੀ ਕਲੀਨਿਕ
 ਕਲੀਨੀਕਲ ਕੇਅਰ ਨੈੱਟਵਰਕ
 POST-COVID-19 RECOVERY CLINIC
 CLINICAL CARE NETWORK

3. ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ (ਚੱਲਦਾ) MEDICAL STATUS (continued)

ਗਠੀਆ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਗਠੀਏ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਮਰ ਵਿਚ ਤਕਲੀਫ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਉੱਚਾ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਮਾਈਗਰੇਨ ਸਿਰ ਦਰਦ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਪੁਰਾਣੀ ਸਾਹ ਨਲੀ ਦੀ ਸੋਜ਼ਸ਼	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਸ਼ੂਗਰ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਦੇਰਾ ਪੈਣਾ/ਮਿਰਗੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੈਂਸਰ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਢਿੱਡ ਵਿਚ ਅਲਸਰ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਸਟ੍ਰੋਕ ਦਾ ਪ੍ਰਭਾਵ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਪਿਸ਼ਾਬ ਨਾ ਰੁਕਣ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਡੀਮੈਂਸ਼ੀਆ (Dementia)	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਮੇਤੀਆਂ ਬਿੰਦ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕਾਲਾ ਮੇਤੀਆ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੋਈ ਹੋਰ ਪੁਰਾਣੀ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਨਜ਼ਰ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਸੁਣਨ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਚੱਲਣ ਵਿਚ ਤਕਲੀਫ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਸੱਜੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਿਚ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਦਿਮਾਗੀ ਸਮਝ ਸਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਸਰੀਰਕ ਦਰਦ ਜੋ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿਚ ਰੁਕਾਵਟ ਹੈ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਬੋਲਣ ਵਿਚ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਉਦਾਸੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਥੋੜ੍ਹਾ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਵਿਚ ਤਕਲੀਫ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਨਿਰਾਸ਼	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਘਰ ਵਿਚ, ਕੰਮ ਤੇ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਵਿਚ ਘੱਟ ਸਰਗਰਮੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਨਿਰਾਸ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਭਾਰ ਘਟਣਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਖ਼ਰਾਬ ਸਮਝਣੀ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਸਮੱਸਿਆ ਹੱਲ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮੁਸ਼ਕਲ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਹਮੇਸ਼ਾ ਥਕਾਵਟ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

4. ਖਾਂਸੀ COUGH

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖਾਂਸੀ ਹੈ?

ਇਸ ਵਿਚ ਪੁਰਾਣੀ ਖੰਘ ਬੇਸ਼ੱਕ ਖੰਘਾਰ ਨਾ ਆਉਂਦੇ ਹੋਣ। ਗਲਾ ਸਾਫ਼ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ।

ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਖੰਘ ਕਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਈ? (ਤਾਰੀਖ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) _____/_____/_____

ਖੰਘ ਦੀ ਕਿੰਨੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ ਉਸ ਅਨੁਸਾਰ ਹੇਠਲੀ ਲਾਈਨ ਤੇ ਸਿੱਧੀ ਡੰਡੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ:

ਖੰਘ ਨਹੀਂ | _____ | ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖਰਾਬ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੰਘ ਨਾਲ ਖੰਘਾਰ ਵੀ ਆਉਂਦੇ ਹਨ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

5. ਸਾਹ ਫੁੱਲਣਾ SHORTNESS OF BREATH

ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਾਹ ਫੁੱਲਣ ਨੂੰ 0 ਤੋਂ 5 ਤੱਕ ਨੰਬਰ ਦਿਓ। ਜਿੱਥੇ 0 ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਸਾਹ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਫੁੱਲਦਾ ਅਤੇ 5 ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਸਾਹ ਬਹੁਤ ਫੁੱਲਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਸਰਗਰਮੀ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ ਸਾਹ ਫੁੱਲਣ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਅੰਦਾਜ਼ੇ ਨਾਲ ਨੰਬਰ ਲਿਖ ਦਿਓ। ਤੁਹਾਡਾ ਜਵਾਬ ਪਿਛਲੇ ਹਫ਼ਤੇ ਦੌਰਾਨ ਆਮ ਦਿਨ ਬਾਰੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਕਿਰਪਾ ਕਾਰ ਕੇ ਸਭ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ:
 ਤੁਹਾਡਾ ਸਾਹ ਕਿੰਨਾ ਫੁੱਲਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਰਗਰਮੀ ਕਰਦੇ ਹੋ:

ਸਾਹ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਫੁੱਲਦਾ

ਸਾਹ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਫੁੱਲਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇੰਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਫੁੱਲਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਸਰਗਰਮੀ ਹੋ ਗਈ ਨਹੀਂ ਸਕਦੀ

	0	1	2	3	4	5
ਆਰਾਮ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮਤਲ ਜਗ੍ਹਾ ਤੇ ਆਪ ਸੈਰ ਕਰਨੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮਤਲ ਜਗ੍ਹਾ ਤੇ ਆਪਣੀ ਉਮਰ ਵਾਲਿਆਂ ਨਾਲ ਸੈਰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਚੜ੍ਹਾਈ ਚੜ੍ਹਨ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਪੌੜੀਆਂ ਚੜ੍ਹਨ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਖਾਣਾ ਖਾਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਉੱਠਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਦੰਦ ਸਾਫ਼ ਕਰਨ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸ਼ੇਵ ਕਰਨ ਜਾਂ ਵਾਲ ਸੰਵਾਰਨ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸ਼ਾਵਰ ਲੈਣ/ ਨਹਾਉਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕੁੱਝ ਚੁੱਕ ਕੇ ਖੜ੍ਹੇ ਹੋਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਬਰਤਨ ਸਾਫ਼ ਕਰਨ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਝਾੜੂ/ ਵੈਕਿਊਮ ਕਰਨ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਬਿਸਤਰਾ ਬਣਾਉਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕੁੱਝ ਖਰੀਦਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਲਾਂਡਰੀ ਕਰਨ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕਾਰ ਧੋਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਲਾਨ ਵਿਚ ਘਾਹ ਕੱਟਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਲਾਨ ਵਿਚ ਪਾਣੀ ਦੇਣ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਲਿੰਗਕ ਸਰਗਰਮੀ ਸਮੇਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਤੁਹਾਡੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਸੀਮਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ?

ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀਆਂ

ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੀਮਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ

ਸਾਹ ਫੁੱਲਣਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੰਮ ਕਰ ਕੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਚੋਟ ਲੱਗਣ ਦਾ ਡਰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ਪੇਸਟ ਕੋਵਿਡ-19 ਰਿਕਵਰੀ ਕਲੀਨਿਕ
ਕਲੀਨਿਕਲ ਕੇਅਰ ਨੈਟਵਰਕ
POST-COVID-19 RECOVERY CLINIC
CLINICAL CARE NETWORK

6. ਜੀਵਨ ਦਾ ਸਤਰ QUALITY OF LIFE	
<p>ਹਰ ਇੱਕ ਸਿਰਲੇਖ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਖਾਨੇ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅੱਜ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ।</p>	<p style="text-align: center;">ਬਹੁਤ ਅੱਛੀ ਸਿਹਤ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚ ਸਕਦੇ ਹੋ</p>
<p>ਚੱਲਣਾ ਫਿਰਨਾ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪੈਦਲ ਚੱਲਣ ਵਿਚ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪੈਦਲ ਚੱਲਣ ਵਿਚ ਥੋੜ੍ਹੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪੈਦਲ ਚੱਲਣ ਵਿਚ ਕਾਫ਼ੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪੈਦਲ ਚੱਲਣ ਵਿਚ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਪੈਦਲ ਨਹੀਂ ਚੱਲ ਸਕਦਾ</p>	<p style="text-align: right;">100</p> <p style="text-align: right;">95</p> <p style="text-align: right;">90</p> <p style="text-align: right;">85</p>
<p>ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹਾਉਣ ਧੋਣ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਹੋਣ ਵਿਚ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹਾਉਣ ਧੋਣ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਹੋਣ ਵਿਚ ਥੋੜ੍ਹੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹਾਉਣ ਧੋਣ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਹੋਣ ਵਿਚ ਕਾਫ਼ੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹਾਉਣ ਧੋਣ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਹੋਣ ਵਿਚ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹਾਉਣ ਧੋਣ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਹੋਣ ਵਿਚ ਅਸਮਰਥ ਹਾਂ</p>	<p style="text-align: right;">80</p> <p style="text-align: right;">75</p> <p style="text-align: right;">70</p>
<p>ਆਮ ਸਰਗਰਮੀਆਂ (ਜਿਵੇਂ ਕੰਮ ਕਰਨਾ, ਪੜ੍ਹਾਈ, ਘਰ ਦਾ ਕੰਮ, ਪਰਵਾਰਕ ਜਾਂ ਮਨੋਰੰਜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ)</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਆਮ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਕਰਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਆਮ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਕਰਨ ਵਿਚ ਥੋੜ੍ਹੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਆਮ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਕਰਨ ਵਿਚ ਕਾਫ਼ੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਆਮ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਕਰਨ ਵਿਚ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਆਮ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰਥ ਹਾਂ</p>	<p style="text-align: right;">65</p> <p style="text-align: right;">60</p> <p style="text-align: right;">55</p> <p style="text-align: right;">50</p>
<p>ਦਰਦ / ਤਕਲੀਫ਼</p> <p>ਮੈਨੂੰ ਕੋਈ ਦਰਦ ਜਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਮਾਮੂਲੀ ਜਿਹੀ ਦਰਦ ਜਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਦਰਦ ਜਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਬਹੁਤ ਦਰਦ ਜਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਅਸਹਿ ਦਰਦ ਜਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ</p>	<p style="text-align: right;">45</p> <p style="text-align: right;">40</p> <p style="text-align: right;">35</p> <p style="text-align: right;">30</p>
<p>ਫ਼ਿਕਰ / ਉਦਾਸੀ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਕੋਈ ਫ਼ਿਕਰ ਚਿੰਤਾ ਜਾਂ ਉਦਾਸੀ ਨਹੀਂ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਕੁੱਝ ਕੁ ਫ਼ਿਕਰ ਚਿੰਤਾ ਜਾਂ ਉਦਾਸੀ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹਾਂ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਕਾਫ਼ੀ ਫ਼ਿਕਰ ਚਿੰਤਾ ਜਾਂ ਉਦਾਸੀ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹਾਂ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਬਹੁਤ ਫ਼ਿਕਰ ਚਿੰਤਾ ਜਾਂ ਉਦਾਸੀ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹਾਂ</p> <p><input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਫ਼ਿਕਰ ਚਿੰਤਾ ਜਾਂ ਉਦਾਸੀ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹਾਂ</p>	<p style="text-align: right;">25</p> <p style="text-align: right;">20</p> <p style="text-align: right;">15</p>
<p>ਅਸੀਂ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਅੱਜ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਚੰਗਾ ਜਾਂ ਮਾੜਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ।</p> <p>ਸੱਜੇ ਪਾਸੇ ਪੈਮਾਨੇ ਤੇ 0 ਤੋਂ 100 ਤੱਕ ਨੰਬਰ ਹਨ।</p> <p>100 ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸੋਚ ਮੁਤਾਬਿਕ ਸਿਹਤ ਬਹੁਤ ਅੱਛੀ ਹੈ</p> <p>0 ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸੋਚ ਮੁਤਾਬਿਕ ਸਿਹਤ ਬਹੁਤ ਮੁੜਾਬ ਹੈ</p> <p>ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਅੱਜ ਕਿਹੋ ਜਿਹੀ ਹੈ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਪੈਮਾਨੇ ਤੇ ਉਸ ਜਗ੍ਹਾ X ਨਿਸ਼ਾਨ ਬਣਾਓ।</p> <p>ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਹੇਠਲੇ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਉਹ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ ਜਿਸ ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ।</p> <p>ਅੱਜ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ = <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>ਪੇਸਟ ਕੋਵਿਡ-19 ਰਿਕਵਰੀ ਕਲੀਨਿਕ</p>	<p style="text-align: right;">10</p> <p style="text-align: right;">5</p> <p style="text-align: right;">0</p> <p style="text-align: right;">ਬਹੁਤ ਮਾੜੀ ਸਿਹਤ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚ ਸਕਦੇ ਹੋ</p>

7. ਦਿਮਾਗੀ ਸਕਰੀਨ NEUROLOGY SCREEN

ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਹੈ?	ਕੋਵਿਡ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜੋ ਲੱਛਣ ਮੌਜੂਦ ਸਨ	ਕੋਵਿਡ ਬਿਮਾਰੀ ਦੌਰਾਨ ਨਵੇਂ ਜਾਂ ਖਰਾਬ ਹੋਏ ਲੱਛਣ	ਲੱਛਣ ਜੋ ਇਸ ਸਮੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਰਹੇ ਹਨ
ਚਿਹਰੇ, ਬਾਂਹਾਂ ਜਾਂ ਲੱਤਾਂ (ਜਾਂ ਸਭ) ਵਿਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਚਿਹਰੇ, ਬਾਂਹਾਂ ਜਾਂ ਲੱਤਾਂ (ਜਾਂ ਸਭ) ਸੁੰਨ ਹਨ/ਕੁੱਝ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੇ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼, ਚੀਰਵੀਂ ਜਾਂ ਜਲਨ ਜਿਹੀ ਦਰਦ, ਪੱਠਿਆਂ ਵਿਚ ਦਰਦ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਪੱਠਿਆਂ ਵਿਚ ਅਕੜਾਅ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਵਿਚ ਸੁਸਤੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਿਰ ਦਰਦ, ਧੌਣ ਆਕੜਨੀ ਜਾਂ ਅੱਖਾਂ ਫੇਰਨ ਤੇ ਅੱਖਾਂ ਵਿਚ ਦਰਦ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਬੋਲਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਵਿਚ ਕਮੀ ਜਾਂ ਦੂਸਰੇ ਕੀ ਬੋਲ ਰਹੇ ਹਨ ਉਹ ਸਮਝ ਨਾ ਸਕਣਾ, ਅਸਪਸ਼ਟ ਉਚਾਰਨ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਯਾਦਦਾਸ਼ਤ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ, ਸ਼ਬਦ ਸੋਚਣੇ, ਸੋਚਣ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਗਤੀ ਧੀਮੀ ਹੋਣੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਹੇਸ਼ ਗੁੰਮ ਹੋਣੇ, ਸਾਵਧਾਨੀ ਵਿਚ ਕਮੀ, ਬੇਹੋਸ਼ੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕੰਬਣਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਪੱਠੇ ਫੜਕਣੇ ਜਾਂ ਪੱਠਿਆਂ ਵਿਚ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹਿੱਲ ਜੁੱਲ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਦੇਰਾ ਪੈਣਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਚੱਲਣ ਵਿਚ ਜਾਂ ਸੰਤੁਲਨ ਰੱਖਣ ਵਿਚ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋਨਾਂ ਅੱਖਾਂ ਨੂੰ ਦਿਸਣਾ ਬੰਦ ਹੋਣਾ, ਦੋ ਦੋ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦਿਸਣੀਆਂ, ਧੁੰਦਲਾ ਦਿਸਣਾ, ਨਜ਼ਰ ਕੇਂਦ੍ਰਿਤ ਕਰਨ ਵਿਚ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸੁੰਘਣ ਜਾਂ ਸਵਾਦ ਦੀ ਸੂਝ ਬੂਝ ਘਟਣੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕੰਨਾਂ ਵਿਚ ਬੀਂਡੇ ਬੋਲਣੇ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਘਟਣੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਟੱਟੀ ਜਾਂ ਪਿਸ਼ਾਬ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਚੱਕਰ ਆਉਣੇ, ਭੁਆਂਟਣੀ ਆਉਣੀ, ਡਾਵਾਂ ਡੋਲ ਹੋਣਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸੌਣ ਵਿਚ ਦਿੱਕਤ, ਜਾਗਦੇ ਰਹਿਣਾ, ਘਟੀਆ ਨੀਂਦ, ਸੁਪਨੇ ਵਿਚ ਹਰਕਤਾਂ ਕਰਨੀਆਂ (ਬੋਲੀ ਜਾਣਾ, ਲੱਤਾਂ ਮਾਰਨੀਆਂ ਆਦਿ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ਪੋਸਟ ਕੋਵਿਡ-19 ਰਿਕੂਵਰੀ ਕਲੀਨਿਕ
ਕਲੀਨਿਕਲ ਕੇਅਰ ਨੈਟਵਰਕ
POST-COVID-19 RECOVERY CLINIC
CLINICAL CARE NETWORK

8. ਮਾਨਸਿਕ ਅਵਸਥਾ ਬਾਰੇ ਸਕਰੀਨ PSYCHIATRY SCREEN

ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਹਰ ਇੱਕ ਸਵਾਲ ਦਾ ਇੱਕ ਜਵਾਬ ਆਪਣੇ ਪਿਛਲੇ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਤਜਰਬੇ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਦਿਓ।	ਕਿਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ	
	ਆਈਟਮ ਦੇ ਨੰਬਰ	ਸਕਰੀਨ ਤੇ ਨੰਬਰ
ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਤੁਸੀਂ ਘਬਰਾਹਟ, ਫ਼ਿਕਰਮੰਦ ਜਾਂ ਚਿੜਚਿੜਾਪਣ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ? <input type="checkbox"/> ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਕਈ ਦਿਨ <input type="checkbox"/> ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨ <input type="checkbox"/> ਤਕਰੀਬਨ ਹਰ ਰੋਜ਼		
ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਤੁਸੀਂ ਫ਼ਿਕਰ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਜਾਂ ਕਾਬੂ ਕਰ ਸਕੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਕਈ ਦਿਨ <input type="checkbox"/> ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨ <input type="checkbox"/> ਤਕਰੀਬਨ ਹਰ ਰੋਜ਼		<input type="text"/>
ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਕੰਮ ਨੂੰ ਕਰਨ ਵਿਚ ਦਿਲਚਸਪੀ ਜਾਂ ਖ਼ੁਸ਼ੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤੀ? <input type="checkbox"/> ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਕਈ ਦਿਨ <input type="checkbox"/> ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨ <input type="checkbox"/> ਤਕਰੀਬਨ ਹਰ ਰੋਜ਼		<input type="text"/>
ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਤੁਸੀਂ ਨਿਰਾਸ਼, ਉਦਾਸ ਜਾਂ ਨਿਕੰਮਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ? <input type="checkbox"/> ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਕਈ ਦਿਨ <input type="checkbox"/> ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਿਨ <input type="checkbox"/> ਤਕਰੀਬਨ ਹਰ ਰੋਜ਼		<input type="text"/>
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੇ ਘੱਟ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		
ਕੀ ਲੋਕਾਂ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣ ਜਾਂ ਨਸ਼ੇ ਕਰਨ ਤੇ ਨੁਕਤਾਚੀਨੀ ਕਰ ਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		<input type="text"/>
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣ ਅਤੇ ਨਸ਼ਾ ਕਰਨ ਨੂੰ ਬੁਰਾ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਕਸੂਰਵਾਰ ਸਮਝਿਆ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		<input type="text"/>
ਆਪਣੇ ਤੰਤੂਆਂ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਰਾਤ ਦੇ ਨਸ਼ੇ ਦੇ ਦੁਸ਼ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਸੁਭਾ ਉੱਠ ਕੇ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਤੀ ਜਾਂ ਨਸ਼ਾ ਕੀਤਾ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਣਚਾਹੇ ਖ਼ਿਆਲ ਅਕਸਰ ਆਉਂਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨਾ ਐਸਾ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਸ਼ਾਇਦ/ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ		<input type="text"/>
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਦਰ ਕੋਈ ਕੰਮ (ਜਿਵੇਂ ਧੋਣਾ, ਚੈੱਕ ਕਰਨਾ) ਦੁਬਾਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਬਲ ਇੱਛਾ ਹੋਈ ਜਿਸ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨਾ ਐਸਾ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਸ਼ਾਇਦ/ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ		<input type="text"/>
ਪਿਛਲੇ 2 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਖੁਸ਼ ਜਾਂ ਚਿੜਚਿੜਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਸ਼ਾਇਦ/ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ		<input type="text"/>
ਪਿਛਲੇ 2 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਉਰਜਾਵਾਨ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਸ਼ਾਇਦ/ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ		<input type="text"/>
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਖ਼ਿਆਲ ਆਇਆ ਕਿ ਹੋਰ ਲੋਕ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਰੁੱਧ ਸਾਜ਼ਿਸ਼ ਰਚ ਰਹੇ ਹਨ ਜਾਂ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ ਐਸਾ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਸ਼ਾਇਦ/ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ		<input type="text"/>
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਅਸਾਧਾਰਨ ਅਨੁਭਵ ਹੋਇਆ ਹੈ - ਜਿਵੇਂ ਕੁੱਝ ਸੁਣਨਾ ਜਾਂ ਦੇਖਣਾ ਜੋ ਹੋਰ ਲੋਕ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਹੋਰ ਲੋਕ ਕੋਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਸ਼ਾਇਦ/ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ		<input type="text"/>

ਪੋਸਟ ਕੋਵਿਡ-19 ਰਿਕਵਰੀ ਕਲੀਨਿਕ
 ਕਲੀਨੀਕਲ ਕੇਅਰ ਨੈੱਟਵਰਕ
 POST-COVID-19 RECOVERY CLINIC
 CLINICAL CARE NETWORK

9. ਸਦਮੇ ਵਾਲੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ TRAUMATIC EVENTS		
ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲ ਖ਼ਾਸਕਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਦਮੇ ਵਾਲੇ ਅਨੁਭਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੀ ਹੋਏ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚ ਕੋਵਿਡ-19 ਦੇ ਇਲਾਜ ਸਮੇਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਚ ਠਹਿਰਨ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਦਮੇ ਵਾਲੀ ਘਟਨਾ	ਕਿਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ	
	ਆਈਟਮ ਦੇ ਨੰਬਰ	ਸਕਰੀਨ ਤੇ ਨੰਬਰ
ਪਿਛਲੇ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਕੀ:		
ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਸੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਦੇ ਡਰਾਉਣੇ ਸੁਪਨੇ ਆਏ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਐਸੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਸੋਚਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		<input type="checkbox"/>
ਤੁਸੀਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਕਿ ਐਸੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਨਾ ਸੋਚਿਆ ਜਾਏ ਜਾਂ ਜਾਣ ਬੁੱਝ ਕੇ ਐਸੀਆਂ ਪ੍ਰਸਥਿਤੀਆਂ ਨੂੰ ਟਾਲਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਏ ਜੋ ਐਸੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਦੀ ਯਾਦ ਕਰਵਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਸਾਵਧਾਨ, ਚੌਕਸ ਸੀ ਜਾਂ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਚੱਕ ਜਾਂਦੇ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਸ-ਪਾਸ ਦੇ ਲੋਕਾਂ, ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਜਾਂ ਮਾਹੌਲ ਤੋਂ ਅਟੱਕ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਐਸੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕਾਰਨ ਪੈਦਾ ਹੋਈਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਕਸੂਰਵਾਰ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਜਾਂ ਹੋਰਨਾਂ ਨੂੰ ਦੋਸ਼ ਮੁਕਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰਥ ਸਮਝਿਆ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		

10. ਥਕਾਵਟ ਦਾ ਪੈਮਾਨਾ FATIGUE SEVERITY SCALE							
ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਬਿਆਨ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੇ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਉਸ ਲਈ 1 ਤੋਂ 7 ਤੱਕ ਨੰਬਰ ਦਿਓ। ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਆਪਣੇ ਜਵਾਬ ਪਿਛਲੇ ਇੱਕ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਨੁਭਵ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਦਿਓ। 1 = ਬਿਲਕੁਲ ਅਸਹਿਮਤ ਹਾਂ 4 = ਨਾ ਸਹਿਮਤ ਨਾ ਅਸਹਿਮਤ 7 = ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿਮਤ।							
ਪਿਛਲੇ ਹਫ਼ਤੇ ਦੌਰਾਨ, ਮੈਂ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ ਕਿ:	1	2	3	4	5	6	7
ਥਕਾਵਟ ਸਮੇਂ ਮੇਰੀ ਅੰਤਰ ਪ੍ਰੇਰਨਾ ਨੀਵੇਂ ਪੱਧਰ ਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਵਰਜਸ਼ ਨਾਲ ਮੈਨੂੰ ਥਕਾਵਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਮੈਂ ਜਲਦੀ ਥੱਕ ਜਾਂਦਾ ਹਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਥਕਾਵਟ ਮੇਰੀ ਸਰੀਰਕ ਯੋਗਤਾ ਵਿਚ ਵਿਘਨ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਥਕਾਵਟ ਮੇਰੇ ਲਈ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਥਕਾਵਟ ਮੈਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਸਰੀਰਕ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀ ਹੈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਥਕਾਵਟ ਮੈਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰੀ ਡਿਊਟੀਆਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨਿਭਾਉਣ ਵਿਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਥਕਾਵਟ ਮੈਨੂੰ ਨਿਕੰਮਾ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੇ ਤਿੰਨ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਥਕਾਵਟ ਮੇਰੇ ਕੰਮ, ਪਰਵਾਰ ਜਾਂ ਸਮਾਜਿਕ ਜੀਵਨ ਵਿਚ ਦਖ਼ਲ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ਇਹ ਸਵਾਨਾਮਾ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ!

ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਪੋਸਟ ਕੋਵਿਡ-19 ਰਿਕਵਰੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿਚ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਓ।
 svwlwmy dl smlkAw krn vwlvw:

ਦਸਖਤ

ਨਾਮ ਸਾਫ਼ ਲਿਖੋ

ਤਾਰੀਖ