

HEALTH CHALLENGES OF IRAQI REFUGEES-San Diego, California

استمارة احصائية خاصة بالتحديات الصحية للاجئين العراقيين المقيمين بالولايات المتحدة الامريكية

Please complete the survey and return it to a member of the survey staff. If you have any questions or need clarification, please notify the survey staff.

الرجاء التكرم باعادة الاستمارة بعد استكمالها الي الشخص المسؤول وان كان لديك أي سؤال او إستفسار فالرجاء سؤال الشخص المسؤول

SECTION I

SECTION I		
1. Gender: النوع <input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	2. Age: العمر _____ years	3. How long have you lived in the United States? كم لك من الوقت في الولايات المتحدة؟ <input type="checkbox"/> 8-11 months 8-11 شهرا <input type="checkbox"/> 12-23 months (1 year) 23-12 شهرا <input type="checkbox"/> 24-36 months (2-3 years) 36-24 شهرا
4. Did you live in another state in the US before moving to the current state of residence? هل كنت تعيش في ولاية أميركية أخرى قبل انتقالك الى هذه الولاية؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم (Location ما أسم الولاية : _____) <input type="checkbox"/> No لا		
5. Languages: (Check all that apply) يمكنك اختيار أكثر من لغة What language(s) do you speak comfortably at home? <input type="checkbox"/> Arabic العربية <input type="checkbox"/> English الانجليزية <input type="checkbox"/> Other لغات أخرى: ما هي اللغة أو اللغات التي تتحدث بها في المنزل؟ What language(s) do your children speak comfortably at home? <input type="checkbox"/> Arabic العربية <input type="checkbox"/> English الانجليزية <input type="checkbox"/> Other: _____ ما هي اللغة أو اللغات التي يتحدث بها أولادك في المنزل مع بعضهم؟		
6. Current marital status: ماهي حالتك الاجتماعية <input type="checkbox"/> Single أعزب <input type="checkbox"/> Married متزوجة <input type="checkbox"/> Divorced مطلق <input type="checkbox"/> Widowed أرمل Separated منفصل	7. What is the highest level of school you have finished? ما هو أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟ <input type="checkbox"/> No school بدون تعليم <input type="checkbox"/> Technical Institute (2-3 years) المعهد الفني المتوسط <input type="checkbox"/> Elementary school الشهادة الابتدائية <input type="checkbox"/> College 4 years or more حاصل علي الشهادة الجامعية <input type="checkbox"/> Middle school الشهادة الإعدادية <input type="checkbox"/> Postgraduate degrees درجة الماجستير أو الدكتوراه <input type="checkbox"/> Secondary school الشهادة الثانوية العامة او الفنية	
6a. Are you a close relative to your spouse (i.e. first cousin)? هل هناك صلة قرابة بينك و بين زوجتك (أولاد عم أو خالة) <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	8. Are you currently working? هل تعمل في الوقت الحالي <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <i>If No, go to question 9</i> فاذهب مباشرة للسؤال رقم 9	
8a. Which of the following best describes your current job? أختار من الاجابات التالية ما يصف الوظيفة الحالية التي تعمل بها <input type="checkbox"/> Government employee موظف بالحكومة <input type="checkbox"/> Farm employee موظف بمزرعة <input type="checkbox"/> Employed by private company موظف بشركة خاصة <input type="checkbox"/> Homemaker ربة منزل <input type="checkbox"/> Restaurant staff موظف بمطعم <input type="checkbox"/> Grocery store staff موظف بمحل بقالة او سوبر ماركت <input type="checkbox"/> Student employee ربة منزل طالب <input type="checkbox"/> Factory موظف بمصنع	9. If you are not currently working, which of the following best describes why? (Check only one) اذا كنت لا تعمل حاليا فمن فاختار اجابة واحدة من الاجابات التالية التي تصف لماذا لم تستطع العمل حتي الان؟ <input type="checkbox"/> The available job opportunities are less than my qualifications الاشغال المتاحة أقل من خبرتي العلمية <input type="checkbox"/> The available job opportunities require English الاشغال المتاحة تتطلب التحدث بالانكليزية <input type="checkbox"/> The available job opportunities are higher than my qualifications الاشغال المتاحة حاليا أعلي من امكانياتي العلمية <input type="checkbox"/> The available job opportunities require physical capacity, and I am not strong enough الاشغال المتاحة تتطلب مجهودا عضلي وأنا غير قادر صحيا عليه <input type="checkbox"/> I am sick and cannot work	

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 45 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB Control Number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA 0920-XXXX.

<input type="checkbox"/> Construction أعمال البناء Self-employed: _____ أعمال حرة <input type="checkbox"/> Handyman عامل فني تقني <input type="checkbox"/> Other: _____ أسباب أخرى	أنا مريض ولا أستطيع العمل <input type="checkbox"/> Other: _____ أسباب أخرى
8b. Does your current job match your qualifications back in Iraq? هل عملك الحالي يتناسب مع الشهادة الدراسية التي حصلت عليها في العراق <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Don't know لا أعرف	10a. Not including yourself, how many family members live with you now? من دون ان تحسب نفسك كم عدد أفراد الاسرة المقيمين معك حالياً؟ عدداً لا يقل عن 18 عاماً # children (<18 years) عدداً لا يقل عن 18 عاماً # adults (≥ 18 years) Go to Section II
10. Do you have other family members living with you now? هل يقيم أحد من أفراد عائلتك معك بالمنزل <input type="checkbox"/> Yes نعم <i>If Yes, go to question 10a</i> ان أجبت بنعم أذهب الي السؤال 10 <input type="checkbox"/> No لا <i>If No, skip to SECTION III</i> ان أجبت بلا فأذهب الي القسم الثالث من الاسئلة	من دون ان تحسب نفسك كم عدد أفراد الاسرة المقيمين معك حالياً؟ عدداً لا يقل عن 18 عاماً # children (<18 years) عدداً لا يقل عن 18 عاماً # adults (≥ 18 years) Go to Section II

SECTION II

11. For each family member living with you now, use the table below to indicate his/her Relationship to you (spouse, child, sibling, cousin, etc.)
 من فضلك استخدم الجدول المرفق لتصف لنا من هم أفراد الاسرة الذين يعيشون معك في المنزل وأعمارهم والنوع وكذلك ان كانوا يعملون او يدرسون حالياً ام لا

- Current age
- Gender
- Employment status

Please **DO NOT** write his/her name من فضلك لا تكتب الاسماء مطلقاً في الجدول

	Relationship صلة القرابة	Age العمر (years)	Gender النوع	Currently Working هل يعمل حالياً	Studying هل يدرس حالياً
A			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
B			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
C			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
D			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
E			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
F			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
G			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
H			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
I			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
J			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا

Go to **Section III**

SECTION III

12. In general, would you say that your physical health is: Excellent ممتاز Good جيد Fair معقول Poor سيء
 كيف تصف وضعك الصحي عموماً؟

13. Are you currently covered by health insurance or any kind of health care plan? هل لديك حالياً أي نوع من التأمين الصحي الخاص أو الحكومي
 Yes نعم No لا (if No, go to question 14)
 Don't know لا أعرف

13a. What type of health insurance or health care plan do you currently have? ما هو نوع التأمين الصحي الذي لديك حالياً
 Private خاص Medicaid مديكيد Other: أخرى-----
 Employer provided التامين الخاص بالعمل Medicare ميديكير

14. Are your family members currently covered by health insurance or any kind of health care plan? هل أفراد أسرتك لديهم أيضاً تأمين صحي؟
 Yes نعم *If Yes, go to 14a*
 No لا

14a. How many of your family members are currently covered by health insurance? كم عدد أفراد الأسرة الذين لديهم تأمين صحي؟
 Number of children أقل من 18 عاماً (<18 years) _____
 Number of adults (≥18 years) عدد البالغين 18 عاماً أو أكبر _____

15. Where do you usually go for health care services? (Check all that apply) الي أين تذهب عادة لتحصل علي الخدمة الطبية؟ أختار كل الاجابات الصحيحة
 Family clinic عيادة طب الاسرة
 Hospital emergency room قسم الطوارئ بالمستشفى
 Refugee clinic العيادة الخاصة باللاجئين
 County or community health clinic عيادة المركز الطبي التابع للادارة الصحية
 Urgent care or walk-in clinic العيادة الخارجية
 Charity health clinic العيادة الخيرية
 Other أخرى مثل : _____
 I do not have a usual place I go for health care services ليس لي مكان معين أذهب اليه بانتظام للحصول على الخدمة الصحية
If no usual place, go to question 15a

15a. Which choice(s) best describes the reason you do not have a usual place for health care services? (Check all that apply) أختار كل الاجابات المناسبة التي تشرح لماذا ليس لديك مكان منتظم لتلقي العلاج او المتابعة الصحية؟
 No need for healthcare لا أحتاج الي رعاية طبية
 No clinic close to my house لا توجد عيادة طبية قريباً من منزلي
 Do not know where to go لا أعرف الى أين أذهب حينما أحتاج الى مشورة طبيب
 Do not trust/like doctors لا أثق بالاطباء لا أحب زيارة الطبيب
 Cannot afford health care لا أقدر علي دفع تكاليف الخدمة الصحية
 Medicare ended ليس لدي ميديكير حالياً
 Do not have insurance ليس لدي تأمين صحي
 Prefer to take herbs أفضل العلاج بالاعشاب الطبية
 Prefer to buy directly from the pharmacy اشتري ماأحتاجه من علاج من الصيدلية
 Other أخرى مثل : _____

16. In the past 12 months, have you had a medical problem for which you needed care and delayed seeking treatment or did not receive care? في الاثنى عشر شهراً الماضية هل عانيت من مشكله صحية و احتجت الي عناية طبية واضطرت الي تأجيل العلاج أو لم تحصل علي العلاج التي تحتاجه؟
 Yes نعم No لا Don't know لا أعرف

16a. Why did you delay seeking treatment or not receive medical care? (Check all that apply) لماذا تأخرت في الحصول علي الخدمة الصحية او العلاج الذي تحتاجه؟ أختار كل الاجابات التي تنطبق عليك
 Did not have an interpreter ليس لدي تامين صحي Did not have health insurance لم يكن لدي من يترجم ما يقوله الطبيب
 Did not know where to go لم أعرف الى أين أذهب للحصول علي العلاج
 Could not get an appointment لم أستطيع الحصول علي ميعاد مناسب لزيارة الطبيب
 Had to wait too long at the clinic كان علي الانتظار لفترة طويلة في العيادة Did not have transportation لم يكن لدي وسيلة انتقال للعيادة
 Could not reach the clinic لم أستطع الحصول علي ميعاد لزيارة الطبيب بالهاتف
 Did not feel comfortable with clinic staff لا أشعر بالراحة في التعامل مع العاملين بالعيادة
 Did not have money to pay for the medical care ليس لدي مال لتغطية تكلفة الخدمة الطبية
 I gave priority for my children when they are sick انا أعطي أفضلية لعلاج أطفالتي عند مرضهم عن نفسي
 Other أسباب أخرى : _____

17. Did you get the following vaccines after arriving to the U S: هل حصلت علي اللقاحات التالية بعد وصولك الى أميركا؟
 Measles, Mumps and Rubella التطعيم ضد الحصبة و ابو اليكم و الحصبة الالمانية Yes نعم No لا
 Hepatitis B الكبد الوبائي Yes No
 Chicken pox الجدري المائي Yes No
 Hepatitis A الكبد الوبائي Yes No

17a. Have you gotten the Seasonal Flu vaccine in the past 12 months? Yes نعم

هل حصلت علي لقاح الانفلونزا الموسمية خلال الاثنى عشر شهرا الماضية

لا

18. Have you ever smoked or used tobacco? هل مارست التدخين في الماضي؟

Yes نعم

No لا

If No, go to Section IV

إذا أجبت بلا فانتقل مباشرة الي الجزء الرابع من الاسئلة

18a. What type of tobacco have you smoked? ما هو نوع الدخان الذي تعاطيته في الماضي

Cigarettes السجائر

Pipe البايب

Water pipe النرجيلة او

الشيشة (Shesha, Nargella, Hobba)

19. Do you currently smoke? هل تدخن حاليا

Yes نعم

No لا

If No, go to Section IV

إذا أجبت بلا فانتقل مباشرة الي الجزء الرابع من الاسئلة

19a. How long have you smoked? _____ years كم عدد السنوات التي مارست فيها التدخين

19b. On average, how much do you smoke each day? كم عدد السجائر التي تدخنها يوميا كمعدل

_____ cigarettes سة

_____ water pipe sessions

دور دخان بالنرجيلة

SECTION IV

20. In the past 12 months, have you visited a doctor or medical clinic for any reason (including check-ups, visits to the ER, hospital admission, etc.)? خلال الاثنى عشر شهرا الماضية هل قمت بزيارة الطبيب أو قسم الطوارئ بالمستشفى لاي سبب طبي مثل المتابعة الطبية او العلاج او الاستشارة الطبية

Yes نعم

No لا

If No, go to question 21 إذا كانت الاجابة بلا فاذهب مباشرة الى السؤال رقم 21

20a. If yes, what was the reason for your visit to the clinic or ER ? إذا كانت الاجابة بنعم فما هو سبب زيارة العيادة او قسم الطوارئ في ذلك الوقت؟

- _____

21. During the past 12 months have you been told by a doctor or other health workers that you or any of your household members have any of the following: خلال الاثني عشر شهرا الماضية هل تم تشخيصك انت او أى من أفراد العائلة المقيمين معك باى من الامراض التالية بمعرفة الطبيب المختص؟

Illness/المرض Condition	Respondent (You) الشخص الذى يجيب على الاسئلة			Family Members			
	Diagnosed (Respondent) هل تم التشخيص بالمرض	Age at Diagnosis (years) كم كان عمرك حين تم تشخيص هذا المرض	Receiving Long-term Treatment هل تتلقى علاج لهذا المرض حاليا	Diagnosed (Family Members) هل تم التشخيص بالمرض	Number of Family Members Diagnosed كم عدد افراد الاسرة الذين لديهم هذا المرض	Age at Diagnosis (years) كم كان عمرك حين تم تشخيص هذا المرض	Receiving Long-term Treatment هل تتلقى علاج لهذا المرض حاليا
Liver cirrhosis تليف بالكبد	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anemia فقر الدم—الانيميا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Osteoporosis مرض ترقق العظام او هشاشة العظام	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Brucellosis حمى البحر الابيض المتوسط	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Worms (Ascaris, Ancylostoma) ديدان البيطن مثل الاسكارس او الانكيلوستوما او ديدان الكبد	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bilharzias البهارسيا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Amoebic dysentery الدوسنتاريا الاميبية	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Typhoid التيفود	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hepatitis A الكبد الوبائى أ	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hepatitis B الكبد الوبائى ب	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hepatitis C الكبد الوبائى س	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hepatitis E الكبد الوبائى ي	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis مرض النسل او الدرن	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other امراض اخرى مثل	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Illness/المرض Condition	Respondent (You) الشخص الذي يجيب على الاسئلة			Family Members			
	Diagnosed (Respondent) هل تم التشخيص بالمرض	Age at Diagnosis (years) كم كان عمرك حين تم تشخيص هذا المرض	Receiving Long-term Treatment هل تلقي علاج لهذا المرض حاليا	Diagnosed (Family Members) هل تم التشخيص بالمرض	Number of Family Members Diagnosed كم عدد افراد الاسرة الذين لديهم هذا المرض	Age at Diagnosis (years) كم كان عمرك حين تم تشخيص هذا المرض	Receiving Long-term Treatment هل تلقي علاج لهذا المرض حاليا
						3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Go to Section V							

SECTION V

Please read each one carefully and decide how much the symptoms bothered or distressed you in the last month, including today.
Mark the circle next to the appropriate option.

القسم 13:
رجاءاً إقرأ كل من الاتي بعناية و قرر كم ازعجتك او آلمتك الاعراض السابقة في الشهر الماضي، بما في ذلك اليوم الحالي.
اشر على الدائرة المجاورة للاختيار المناسب.

HSC 1. Faintness, dizziness, or weakness	الدوار، الدوخة او الضعف	① Not at all مطلقاً ② A little قليلاً ③ Quite a bit الى حد ما ④ Extremely الى ابعد حد
HSC 8. Headaches	الصداع	① Not at all مطلقاً ② A little قليلاً ③ Quite a bit الى حد ما ④ Extremely الى ابعد حد
HSC 11. Feeling low in energy, slowed down	شعور هبوط في الطاقة، التباطوء	① Not at all مطلقاً ② A little قليلاً ③ Quite a bit الى حد ما ④ Extremely الى ابعد حد

You have reached the end of the survey. Please return your survey to the staff at the table where you signed in.

الرجاء التكرم باعادة الاستمارة بعد إستكمالها الي الشخص المسؤول

Thank you for your participation!