

## STAGE 1 - PHASE 11

কেন্দ্র \_\_\_\_\_ ক্রমিক নং \_\_\_\_\_ তাৰিখ \_\_\_\_\_

উপাধী \_\_\_\_\_ নাম \_\_\_\_\_ মাজৰ নাম \_\_\_\_\_

বাইজৰ জ্ঞাতার্থে : বাত বেমাৰ তথা অস্থিৰ অসুখে আমাৰ বহুত মানুহক প্ৰভাৱিত কৰিছে — নগৰীয়া আৰু গাৱলীয়া উভয় পক্ষকে। এই COPCORD Project বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা / ILAR ঘূটীয়া সন্মিলিত প্ৰচেষ্টা যাৰ দ্বাৰা এই বেমাৰবোৰৰ প্ৰাৰ্দ্ভাৱ জানিব পৰা যাব। আমাৰ ইয়াতো তাকেই ব্যৱহাৰ কৰা হৈছে। ইয়াৰ ওপৰত ভিত্তি কৰি আমাৰ জনসাধাৰণৰ বাবে উন্নত চিকিৎসা প্ৰণালীৰ পৰিকল্পনা তথা ব্যৱস্থা কৰিব পৰা যাব। আপুনি আগবঢ়োৱা সকলোবোৰ তথ্য গোপনে ৰখা যাব আৰু ই আপোনাৰ বৰ্তমানৰ চিকিৎসা ব্যৱস্থাত কোনো ধৰণৰ অসুবিধা নকৰে। আপুনি দিয়া সমূহ তথ্য চিকিৎসা শাস্ত্ৰৰ অধ্যয়ন, স্বাস্থ্য শিক্ষা আৰু চিকিৎসা সেৱাৰ পৰিকল্পনা কৰোতে সহায় কৰিব।

নিৰ্দেশ : শুদ্ধ উত্তৰ '✓' চিন দি বাক্যত নিৰ্দেশ কৰক তথা চিত্ৰটোত উল্লেখ কৰক। এটাতকৈ অধিক শুদ্ধ উত্তৰ বিষৰ ক্ষেত্ৰত হ'ব পাৰে।

SECTION A : গাঠিৰ বিষ, মাংসপেশীৰ বিষ, ফুলা তথা জড়তা

A 1: উল্লেখিত অসুবিধাসমূহ এই সপ্তাহৰ ভিতৰত হৈছে নেকি ?

নহয়  হয়, যদি হয়, নিম্ন চিত্ৰত দেখুৱাই দিয়ক। যদিহে ফুলা আছে, তেন্তে 'SW' লিখক '✓' চিনৰ কাষত।

বেছি বিষ হোৱা অংশসমূহ \_\_\_\_\_।

A2: উল্লেখিত অসুবিধাসমূহ যোৱা সাতদিনৰ আগত আছিল নেকি ?

হয়  নহয়, যদি হয় উল্লেখ কৰক।

a) প্ৰথম কেতিয়া আপোনাৰ অসুবিধা হৈছিল? \_\_\_\_\_

b) যদিহে অতীতত আপোনাৰ বিষ আছিল, তেন্তে শেষবাৰ কিমানদিন আপুনি বিষত ভুগিছিল? \_\_\_\_\_

c) অতীতত যদি আপোনাৰ বিষ আছিল, কিমানদিনৰ পৰা আপোনাৰ বিষ নাই? \_\_\_\_\_

d) যদিহে আপোনাৰ মাজে মাজে বিষ হয়, এবাৰৰ বিষ কিমানদিন থাকে? \_\_\_\_\_

কি ছুদিন  ৪-৬ সপ্তাহ  ৬-১২ সপ্তাহ  তিনিমাহতকৈ বেছি

A 3: বিষৰ প্ৰকোপ ?

আগতে:  নাই  সমান্য  মধ্যমীয়া  যঠেঠ  খুউব বেছি অসহ্যকৰ

বৰ্তমান:  নাই  সমান্য  মধ্যমীয়া  যঠেঠ  খুউব বেছি অসহ্যকৰ

SECTION B : প্ৰাত্যহিক অসুবিধা (বাধ্যতামূলক নহয়)

B1 : দৈনন্দিন জীৱনত আপোনাৰ বিষ/অন্য উপসৰ্গই কি অসুবিধা দিছে।

টোকা : যিটো প্ৰয়োজন নহয় অথবা ব্যৱহাৰ যোগ্য নহয়, তাক কাটি পেলাওক। সামান্য, মধ্যমীয়া আৰু যথেষ্টৰ কোনো নিৰ্দিষ্ট পৰিমাণ বা জোখ নাই, আপুনি ভবামতে উল্লেখ কৰক।)

পৰিয়ালৰ সম্পৰ্ক	নাই	অলপ	মধ্যমীয়া	যথেষ্ট
সামাজিক সম্পৰ্ক				
বৈবাহিক সম্পৰ্ক (লগতে যৌন সম্পৰ্ক)				
আৰ্থিক অৱস্থা				
ব্যৱসায়				
কাম কৰাৰ ক্ষমতা				
স্কুল/কলেজত উপস্থিতি				
চৰ্চাপূৰণ				
খেল খেলা				
অন্য, উল্লেখ কৰক				

B2 : (i) আপুনি বাৰু বিষ/অন্য অসুবিধাৰ বাবে কাম কৰা বন্ধ কৰিছে নেকি ?

নহয়  হয়, যদি হয়, কাৰণ উল্লেখ কৰক-----

ii) আপুনি বিষ/অন্য অসুবিধাৰ বাবে কাম বদলাইছে নেকি ?

নহয়  হয়, যদি হয়, উল্লেখ কৰক-----

B3: আপুনি সোনকালে হতাশ হয় নেকি ?  নহয়  হয়, যদি হয় ই বাৰু বাত বেমাৰৰ বাবে নেকি ?-----

SECTION C: বিশেষ কাম কৰাত অসুবিধা

Standard Modified Health Assessment Questionnaire

নিজে ভৰ্ত্তি কৰিছে  আনে কৰিছে সাক্ষাৎকাৰৰ দ্বাৰা

SECTION D: চিকিৎসা

D1 : অতীতত আপুনি কোনবিধ চিকিৎসা পদ্ধতি ব্যৱহাৰ কৰিছিল ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> এলোপেথিক/আধুনিক চিকিৎসা | <input type="checkbox"/> গাৱলীয়া বনদৰৱ |
| <input type="checkbox"/> ব্যায়াম                | <input type="checkbox"/> যোগাভ্যাস      |
| <input type="checkbox"/> হোমিওপেথি               | <input type="checkbox"/> ধ্যান          |
| <input type="checkbox"/> মালিচ                   | <input type="checkbox"/> নজনা           |
| <input type="checkbox"/> অন্য                    | <input type="checkbox"/> অন্য           |
| <input type="checkbox"/> অন্য                    | <input type="checkbox"/> অন্য           |

D2 : বেমাৰীৰ পৰা অন্য কোনো বতৰা ?

আপোনাৰ সহায়-সহযোগৰ বাবে ধন্যবাদ

স্বাস্থ্যকৰ্মীৰ নাম-----

সময়----- তাৰিখ-----

