

ජාතික පිළිකා නිවාරන වැඩසටහන

අවසාන නම		නේවාසික හැඳුනුම්පත් අංකය.		දුරකථනය	නිවස	
ලබාදී ඇති නම					ජංගම දුරකථනය	
<input type="checkbox"/> සෞඛ්‍ය රක්ෂණ වරණය <input type="checkbox"/> මෙඩිකාඩ් පත්හි මිලියා			විද්‍යුත් තැපෑල		<input type="checkbox"/> ලිපි මගින් <input type="checkbox"/> ඊමේල් මගින්	
			සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය පරීක්ෂණ වාර්තාව ලබාගන්නා ආකාරය			
වත්මන් ලිපිනය					සිප් කේතය	
					-	

* මෙවෘ පිළිකා වප්‍රසාරණය වේ.

※ අදාල කොටුවට හරි ලකුණක් යොදා ඔබේ වත්මන් තත්ත්වය පිළිබඳ පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්නවලට පිළිතුරු දෙන්න.

- ඔබේ ශරීරයේ යම් අපහසුතාවයක් සහිත ප්‍රදේශයක් තිබේද? කොහේද?

① ඔව්) රෝග ලක්ෂණ:
)
② නැත
- පසුගිය මාස 6 දී, කිසිදු විශේෂ හේතුවක් නොමැතිව ඔබේ බරෙහි කී. ග්‍රෑම් 5 ඉක්මවා යන බර වැඩි වීමක් ඔබ අත්දැක තිබේද?

① නැත ② ඔව් ; මුළු බර අඩුවීම) කි. ග්‍රෑම්.
- ඔබත් ඇතුළුව පිළිකා වැළැක්වීමේ ජීව විද්‍යාත්මක පවුලේ සාමාජිකයින් කිසිවෙක් ඔබේ පවුලේ සිටින්නද?

පිළිකා වර්ගය	නැත	අදහසක් නැත	ඔව්) ඔබට රෝග ගණනාවක් තේරිය හැකිය (
			ඔබ	දෙමව්පියන්	සහෝදරයා	සහෝදරිය	ළදරුවන්
ආමාශයෙහි පිළිකා							
පියයුරු පිළිකාව							
මහාන්ත්‍රික සහ ගුද පිළිකා							
අක්මා පිළිකා							
ගැබ්ගෙල පිළිකාව							
Lung Cancer							
අනෙකුත් ()							

4. ඔබ මින් පෙර කවදා හෝ මෙම පරීක්ෂණ වලට මුහුණ දී තිබේද?

පරීක්ෂණය		කාලසීමාව			
		වසර 10 කට පෙර සහ කිසිදු දිනක නැත.	වසරක් ඇතුළත	වසර 1 ක් සහ 2 ක් අතර	වසර 2 ක් සහ 10 ක් අතර
ආමාශයෙහි පිළිකා	ජායාරූ කරණය				
	එන්ඩෝස්කොපි පරීක්ෂාව				
පියයුරු පිළිකාව	මැමෝග්‍රෑම්				
මහාන්ත්‍රික සහ ගුද පිළිකාව	මලගුප්ත රුධිරය (මල පරීක්ෂාව)				
	බේරියම් වස්තිය				
	එන්ඩෝස්කොපි පරීක්ෂාව				
ගැබ්ගෙල පිළිකා	ගැබ්ගෙල වෛරස පරීක්ෂණය				
පෙනහළු පිළිකාව	පපුවේ CT				
අක්මා පිළිකාව	අක්මා අතිබ්වනය	කිසිවක් නැත	මාස 6 ක් ඇතුළත	මාස 6 සහ 12 අතර	වසර 1 කට වැඩි

※මේවාආමාශයකපිළිකා ,අක්මාපිළිකා ,සහමහාන්ත්‍රිකසහගුදපිළිකාපිළිබඳප්‍රශ්නපමණකි.

※අදාලකොටුවටහරිලකුණක්යොදාඔබේවත්මන්තත්වයපිළිබඳපහතදැක්වෙනප්‍රශ්නවලටපිළිතුරුදෙන්න.

5. ඔබටකිසියම්උදරරෝගයක්ඇතිබවටහඳුනාගෙනතිබේද?

රෝගය	ආමාශවණ	ආමාශදාහය	ග්‍රහණිකවණ	වායිගෙඩිය	වෙනත්(ලියන්න)	රෝගය
ඔව්						

6. ඔබටයම්මහාන්ත්‍රිකරෝගයක්ඇතිබවටයම්දිනකහඳුනාගෙනතිබේද ?

රෝගය	ආන්ත්‍රික ගෙඩි	වුණමයමහාන්ත්‍රික ඉදිමීම	නිදන්ගතදාහරෝගය	අශ්‍රස් රෝගය	වෙනත්(ලියන්න)	රෝගය
ඔව්						

7. ඔබටයම්අක්මාරෝගයක්ඇතිබවටයම්දිනකහඳුනාගෙනතිබේද ?

රෝගය	හෙපටයිටිස් B වාහක	හෙපටයිටිස්B	හෙපටයිටිස්C	සිරෝසිස්	වෙනත්(ලියන්න)	රෝගය
ඔව්						

8. ඔබ කවදා හෝ පෙනහළු රෝගයකින් පෙළෙනවාද?

රෝගය	නිදන්ගතබාධාකාරී පෙනහළුරෝගය (COPD) (නිදන්ගත බිරොන්කයිටිස්, එම්සිසීආව, යනාදිය.)	පෙනහළු ක්ෂය රෝගය (TB)	පෙනහළු නුඩල්ස්	අතරමැදි පෙනහළු රෝග (ILD)	නියුමෝ-කොනියෝසිස්	වෙනත්(ලියන්න)	රෝගය
ඔව්							

※මේවාපියයුරුපිළිකාසහගැබගෙලපිළිකාපිළිබඳප්‍රශ්නවේ.(කාන්තාවන්සඳහාපමණි.

9. ඔබේ පළමු ඔසප් කාලය කවදද?

- ① වයස _____ ② මට තවම ඔසප් වීම සිදු වී නැත.

10. ඔබට තවමත් ඔසප් සිදුවන්නේද?

- ① ඔව් ② මම මාගේ ගැබ් ගෙල හෝ ගහරා ඡයා ඉවත් කර ඇත

③ ආතර්වාභාවය (වයස: _____)

11. කිසියම් ඔසප් රෝග ලක්ෂණයකින් සහනයක් ලැබීමට ඔබ යම්දින කෞෂධ හෝ හෝමෝන ප්‍රතිකාරයක් ගෙන තිබේද?

- ① කිසිවිට කනැත ② ඔව් ; වසර 2 කට අඩුවෙන්

- ③ ඔව් ; වසර 2 ක සහ 3 ක අතර කාලයක් සඳහා ④ ඔව් ; වසර 3 කට වැඩියෙන් ⑤ අදහසක් නැත

12. ඔබට දරුවන් කීදෙනෙක් සිටින්නේද?

- ① 1 ② 2 ට වඩා වැඩි ③ දරුවන් නොමැත

13. ඔබ කොපමණ කාලයක් ඔබේ දරුවාට මව් කිරි ලබා දුන්නේද ?

- ① මාස 6 කට අඩුවෙන් ② මාස 6 සහ 12 අතර ③ වසර 1 කට වැඩි ④ අදාළ නොවේ

14. ඔබට බිනයින්ටියුමරයක් පිළිකා නොවන ගෙඩියක් (හටගෙන ඇති බව යම්දින කහඳුනා ගෙන තිබේද?

(බිනයින්ටියුමය රුහු පිළිකා වක් නොවන සහ පිළිකා වටහේතු නොවන ගෙඩියක් පමණි.)

- ① ඔව් ② නැත ③ අදහසක් නැත

15. ඔබ කිසියම් උපත් පාලන ඖෂධයක් ලබා ගෙන තිබේද?

- ① කිසිවිට කනැත ② වසර 1 කට අඩුවෙන්

- ③ වසර 1 කට වැඩි ④ අදහසක් නැත