

ডাক্তারের অ্যাপয়েন্টমেন্ট প্রস্তুতি পর্ব

আমার ডাক্তার : _____

ক্লিনিকটি অবস্থিত : _____

আমার অ্যাপয়েন্টমেন্টের তারিখ এবং সময়: _____



AIMGA



Alberta International Medical Graduate Association

অ্যাপয়েন্টমেন্টের আগে, আপনি যা যা করতে পারেন ...



আপনার ডাক্তারের অফিসে ফোন করুন এবং অপেক্ষার সময় সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করুন।



বন্ধু, পরিবার বা দোভাষী আনুন।



আপনার ডাক্তারের জন্য ওষুধ, লক্ষণ এবং প্রশ্ন লিখুন।



আপনি যদি অ্যাপয়েন্টমেন্ট এ না যেতে পারেন তবে তা জানাতে ডাক্তারের অফিসে কল করুন।

অ্যাপয়েন্টমেন্টে আপনার কি কিছু আনতে হবে?



ওষুধ: _____

কাগজপত্র/রেকর্ড: _____

অন্যান্য: _____

আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্ট এর সময়



আপনি সম্ভবত ডাক্তারের সাথে দেখা করার আগে অপেক্ষা করবেন এবং কাগজপত্র পূরণ করবেন।



নার্স রক্তচাপ, ওজন এবং উচ্চতার মত কিছু পরিমাপ করতে পারে।

আপনার কি ডাক্তারের জন্য প্রশ্ন আছে?

1. _____

2. _____

3. _____

অ্যাপয়েন্টমেন্টের পরে, আপনি যা করতে পারেন...



আপনার প্রয়োজনীয় যেকোন তথ্য কর্মীদের লিখতে বলুন।



রিসেপশনিস্টের সাথে একটি ফলো-আপ অ্যাপয়েন্টমেন্ট নির্ধারণ করুন।



একটি পরীক্ষাগারে ফলো-আপ পরীক্ষা বুক করুন।



আপনার বীমা ওষুধের খরচ কভার করে কিনা জিজ্ঞাসা করুন।



মাই হেলথ রেকর্ডসে অনলাইনে পরীক্ষার ফলাফল এবং ভ্যাকসিনের ইতিহাস দেখুন।



আপনার হাসপাতালে যেতে হবে কিনা জানতে হেলথলিঙ্ক (811) এ কল করুন।

অ্যাপয়েন্টমেন্টের পর কি করতে হবে?

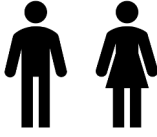
ডাক্তার দেখাচ্ছেন কেন?

কেমন লাগছে?

1. আপনার কি ঘটেছে বর্ণনা করতে পারেন? _____
2. আপনার কি মনে হয় কেন এমন হচ্ছে?

3. কখন শুরু হয়েছিল? _____ এটা কতদিন ধরে হয়েছে? _____
4. এই প্রথম এই ঘটনা ঘটেছে? হ্যাঁ না
5. কিছু কি এটা ভাল করে তোলে? হ্যাঁ না _____
6. কিছু কি এটা খারাপ করে? হ্যাঁ না _____

আপনি কি নিচের কোন পরিবর্তন লক্ষ্য করেছেন?



সাধারণ

1. ব্যথা: হ্যাঁ না
2. ক্লান্ত: হ্যাঁ না
3. ওজন কমা: হ্যাঁ না
4. জ্বর: হ্যাঁ না
5. ঘুমাতে অসুবিধা: হ্যাঁ না
6. ত্বকের পরিবর্তন: হ্যাঁ না
7. রক্তপাত: হ্যাঁ না
8. মাসিকের পরিবর্তন: হ্যাঁ না



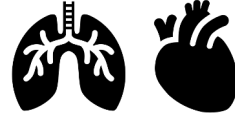
মানসিক ও চিন্তাভাবনা

1. প্রায়ই জিনিস ভুলে যাওয়া: হ্যাঁ না
2. দুঃখ/অসুখী বোধ করা: হ্যাঁ না
3. উদ্বেগ বোধ: হ্যাঁ না



হজম

1. গিলতে অসুবিধা: হ্যাঁ না
2. বমি বমি ভাব/বমি: হ্যাঁ না
3. প্রস্রাবের পরিবর্তন: হ্যাঁ না
4. মলের পরিবর্তন: হ্যাঁ না



শ্বাস এবং হৃদয়

1. বুক ব্যথা: হ্যাঁ না
2. কাশি: হ্যাঁ না
3. শ্বাস নিতে অসুবিধা: হ্যাঁ না
4. দ্রুত হার্টবিট: হ্যাঁ না

অন্যান্য

আপনার কি কখনও নিম্নলিখিত কোনকিছু হয়েছিল?

বর্তমানে দীর্ঘমেয়াদী কোন অসুখ? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, আপনার কোন চিকিৎসা অবস্থা আছে (যেমন উচ্চ রক্তচাপ, হৃদরোগ)?

হাসপাতালে ভর্তি ছিলেন? হ্যাঁ না কিসের জন্য? _____

গত এক বছরে ভ্রমণ করেছেন? হ্যাঁ না কোথায়? _____

কোনো ওষুধে অ্যালার্জি? হ্যাঁ না কোন ওষুধে? _____

বর্তমানে আপনি কর্মরত? হ্যাঁ না

বাড়িতে কে আপনাকে সাহায্য করতে পারে? _____

