

ਇਹ ਇੱਕ ਫਾਰਮ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਘਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਲੁੜੀਂਦੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਸੀਂ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਈ ਵਾਰੀ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ ਕੋਲ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਲੇ ਪੁਲੰਦੇ ਜਾਂ ਛੋਟੀਆਂ ਕਿਤਾਬਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਟੀਮ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਣ ਲਈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। →



ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਵੋ। ਜੇ ਕਰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਤੁਹਾਡੇ ਮਨ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਜਾਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹੋਣ, ਆਪਣੀ ਗੱਲ ਜ਼ੋਰ ਦੇ ਕੇ ਕਹੋ।



ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਟੀਮ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਪਹਿਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੀ ਅੱਜ-ਕੱਲ ਦੀ ਹਾਲਤ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।



ਜਦੋਂ ਵੀ ਕਦੀ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਵੇਂ ਤਾਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਜਾਵੇਂ।



ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਟੀਮ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੀ ਵੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਵਾਈ ਜਾਂ ਖਾਣ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਮਾੜਾ ਅਸਰ ਹੋਇਆ ਹੈ।



ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਮੈਡੀਕਲ ਐਪੁਆਇੰਟਮੈਂਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘਰ ਜਾ ਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ।

## ਘਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਮੇਰਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਹਸਪਤਾਲ: \_\_\_\_\_

ਵਾਰਡ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ ਜਿੱਥੇ ਮੇਰਾ ਇਲਾਜ ਹੋਇਆ: \_\_\_\_\_

ਮੇਰਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੇ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਰੋਗਾਂ ਲਈ ਮੇਰਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਘਰ ਵਿਖੇ ਧਿਆਨ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਖਾਣਾ-ਪੀਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਕੀ ਖਾਣ-ਪੀਣ ਤੋਂ ਮੈਨੂੰ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਮੈਂ ਕੀ-ਕੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

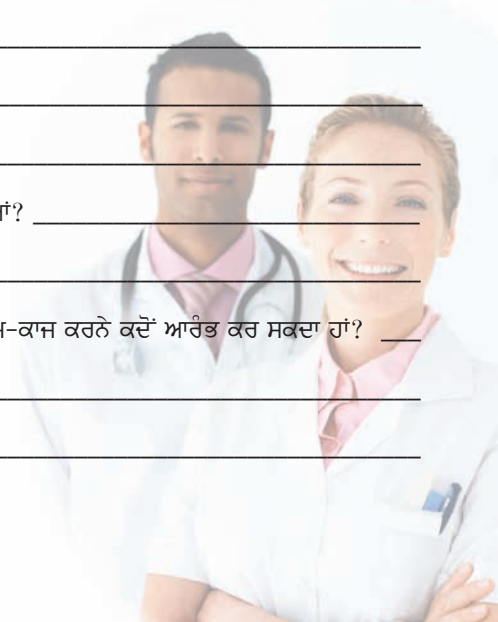
ਮੈਨੂੰ ਕੀ-ਕੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਮੈਂ ਕੰਮ ਤੇ ਵਾਪਿਸ ਕਦੋਂ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਜਾਂ ਆਮ ਕੰਮ-ਕਾਜ ਕਰਨੇ ਕਦੋਂ ਆਰੰਭ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਜੇ ਦਵਾਈ ਮੈਂ ਖਾ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਉਸ ਦਾ ਨਾਮ? \_\_\_\_\_



ਦਵਾਈ ਕਿਵੇਂ ਲੈਣੀ ਹੈ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਪੈਰਵਾਈ ਲਈ ਐਪੁਆਇੰਟਮੈਂਟਾਂ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਜੇ ਮੈਂ ਕੁੱਝ ਪੁੱਛਣਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਕੋਈ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਹੋਣ ਤਾਂ ਕਿਨ੍ਹਾਂ ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰਾਂ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਹੋਰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਜਾਣਕਾਰੀ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਹ ਕਾਰਡ ਕੱਟ ਕੇ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ  
ਜਾਣਕਾਰੀ ਆਪਣੇ ਬਟੂਏ ਵਿੱਚ ਰੱਖ ਲਵੋ।

[www.oha.com](http://www.oha.com)

**OHIA**  
Patient Safety  
Support Service

ਗਿਆ  
ਲਾਗੂ-ਰਾਮ ਕੁੰਡੇ ਲਈ  
ਮਹਿਲਾ ਅਤੇ ਬੱਚੇ  
ਲਿੰਗ ਪ੍ਰਬੰਧਕ ਟਾਕਾ ਪ੍ਰਦਾਨ

ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:

ਦਫਤਰੀ/ਮਾਮਲਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ:

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: ( )

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: ( )

