

کورپائی سوسائٹی برائے پیشہ ورانہ اور ماحولیاتی طبخصوصی صحت کے امتحانات کا  
نظر ثانی شدہ شمارہ

ادارہ :

نام :

﴿طبی تاریخ پرسوالات (مریض کی طبی تاریخ، خاندانی تاریخ)﴾  
﴿برائے مہربانی مندرجہ ذیل سوالات کا مطالعہ کریں اور موجودہ حالت کے لیے "O" لگا کر نشاندہی کریں۔﴾

1. کیا آپ کی پہلے طبی تشخیص کی جا چکی ہے یا کیا آپ اپنی کسی بیماری کے لیے مندرجہ ذیل میں سے کوئی دوا لے رہے ہیں؟

بیماری	عارضہ قلب (مایوکارڈیل انفارکشن/انجاننا پیکٹورس)	بلند فشارخون	ذیابیطس	خون میں لیڈ /چربی کی خرابی (ٹیسلیڈیمیا)	تپ دق	دیگر (بشمول کینسر یا سرطان)
بیماری کی تشخیص:						
طبی علاج :						

2. کیا مندرجہ ذیل بیماریوں میں سے کسی بیماری کی وجہ سے آپ کے والدین، بھائی یا بہن کی وفات ہوئی؟

بیماری	عارضہ قلب (مایوکارڈیل انفارکشن/انجاننا پیکٹورس)	بلند فشارخون	ذیابیطس	دیگر (بشمول کینسر یا سرطان)
ہاں				

3. کیا آپ بیبا ٹائٹس بی کی بیماری میں مبتلا ہیں؟

① ہاں ② نہیں ③ معلوم نہیں

﴿تمباکو نوشی﴾

4. برائے مہربانی مندرجہ ذیل سوالات کو غور سے پڑھیں اور اپنی موجودہ حالت کی نشاندہی کریں۔  
4.1 کیا آپ نے اپنی ساری زندگی میں سگریٹ کے پانچ سے زیادہ ڈبے (100 عدد) نوش کیے ہیں؟

- i. نہیں (سوال نمبر 5 ملاحظہ کریں)  
ii. ہاں، لیکن اب میں چھوڑ چکا ہوں (سوال نمبر 2-4 ملاحظہ کریں)  
iii. ہاں اور میں ابھی تک تمباکو نوشی کر رہا ہوں (سوال نمبر 3-4 ملاحظہ کریں)

4.2 اگر آپ ماضی میں تمباکو نوشی کرتے تھے لیکن اب چھوڑ چکے ہیں تو بتائیں:

ترک کرنے سے پہلے آپ نے کتنے سال تمباکو نوشی کی؟	کل _____ سال
آپ نے تمباکو نوشی ترک کرنے سے پہلے روزانہ اوسطاً کتنے سگریٹ پیئے؟	سگریٹ _____

4.3 اگر آپ ابھی بھی تمباکو نوشی کرتے ہیں تو بتائیں:

آپ کتنے سال سے تمباکو نوشی کرتے رہے ہیں؟	کل _____ سال
آپ روزانہ اوسطاً کتنے سگریٹ پی جاتے ہیں؟	سگریٹ _____

### ✳️ شراب نوشی

5. برائے مہربانی مندرجہ ذیل سوالات کو غور سے پڑھیں اور اپنی موجودہ حالت کی نشاندہی کریں۔

- 5.1 ایک ہفتے میں آپ کتنی بار شراب نوشی کرتے ہیں؟  
 0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□
- 5.2 جب آپ شراب پیتے ہیں، تو ایک دن میں کتنے گلاس پی جاتے ہیں؟ (قطع نظر شراب کی قسم کے)  
 (گلاس)

### ✳️ جسمانی سرگرم (ورزش)

6. برائے مہربانی مندرجہ ذیل سوالات کو غور سے پڑھیں اور گزشتہ گزرے ہوئے ایک ہفتے کو مدنظر رکھتے ہوئے "✓" کے ساتھ نشاندہی کریں

- 6.1 گزشتہ ایک ہفتے کے دوران کتنے دنوں تک آپ ایسی سخت جسمانی سرگرمیوں میں مصروف رہے ہیں، جس میں آپ کو 20 منٹ تک معمول سے بہت زیادہ بھاری سانس لینا پڑا (جیسا کہ بھاگنا، ہوا باشی، تیز رفتار ی سے سائیکل چلانا، پیدل سفر وغیرہ)  
 0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□
- 6.2 گزشتہ ایک ہفتے کے دوران کتنے دنوں تک آپ ایسی اوسط سطح کی جسمانی سرگرمیوں میں مصروف رہے ہیں، جس میں آپ کو 30 منٹ تک معمول سے تھوڑا سا زیادہ سانس لینا پڑا (جیسا کہ تیز تیز چلنا، ٹینس کھیلنا، عام رفتار سے سائیکل چلانا، نیچے چہرہ کر کے فرش پونچھنا وغیرہ) ✳️ ان سب جسمانی سرگرمیوں کو نظر انداز کر تے ہوئے، جو آپ سوال نمبر 6.1 میں بیان کر چکے ہیں۔  
 0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□
- 6.3 گزشتہ ایک ہفتے کے دوران کتنے دنوں تک آپ 30 منٹ تک پیدل چلے اور کم سے کم 10 منٹ تک ہر بار ایک جگہ سے دوسری جگہ تک گئے؟  
 (جیسا کہ ہلکی ورزش، بشمول کام کاج کے لیے آنا جانا یا سیر و تفریح کے لیے) ✳️ ان سب کو نظر انداز کر تے ہوئے جو آپ سوال نمبر 6.1 اور 6.2 میں بیان کر چکے ہیں۔  
 0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□

### ✳️ تذکرہ کردہ اعضاء کو متاثر کرنے والی علامات کے بارے میں سوالات

7. برائے مہربانی گزشتہ 6 ماہ کے دوران محسوس کی جانے والی علامات کے حوالے سے جواب دیں :

جسمانی اعضاء	علامات	شدت	
		زیادہ	درمیانی / اوسط
عمومی	بھوک یا وزن کا کم ہوجانا		بالکل بھی نہیں
	اکثر تھکاوٹ محسوس کرنا		
	جسم میں گانٹھیں یا ابھار محسوس ہونا		
جلد	گھجلی کا احساس یا سوزش		
	جلد پر خراش / سرخ جلد		
	بالوں، ہاتھ یا پاؤں کے ناخنوں میں		

شدت			علامات	جسمانی اعضاء
بالکل بھی نہیں	درمیانی / اوسط	زیادہ		
			تبدیلیاں	
			جلد کا کھردرا اور پھٹنا	
			آنکھوں میں سوزش یا اکثر آنسو بہنا	آنکھ
			نظر کی کمزوری	
			آنکھوں کا سُرخ ہونا یا ان میں تکلیف ہونا	
			واضح سنائی نہ دینا	کان
			کانوں کا بچنا	
			کثرت سے نکسیر پھوٹنا	ناک
			ناک کا بہنا یا بند ہوجانا	
			سونگھنے میں مشکلات کا سامنا ہونا	
			مسوڑھوں سے خون آنا یا دکھتے مُنہ کے چھالے	منہ
			چکھنے میں مشکلات کا سامنا ہونا	
			میں پیٹ میں شدید درد محسوس کر چکا / چکی ہوں	ہاضمہ
			منہ کا ذائقہ خراب ہونا	
			قبض	
			دوران کام اختلاج قلب	
			کام کے دوران کھانسی اور بے دمی کی کیفیت	قلبی / تنفسی
			سینے پر دباؤ ہونا	
			کام کے دوران کھانسی کا آنا یا بلغم تھوکننا	
			چھٹی کے بعد کام پر واپس لوٹتے پر کھانسی	
			بازؤں ، ٹانگوں اور کندھوں میں درد ہاتھ اور پاؤں کانپنا یا کمزور ہونا	ریڑھ کی ہڈی / ہاتھ پاؤں
			ہاتھ اور پاؤں کا سُن ہونا	
			ٹھنڈ میں انگلیوں کا سفید پڑجانا	
			کمر درد لاحق ہونا	
شدت			علامات	جسمانی اعضاء
بالکل بھی نہیں	درمیانی / اوسط	زیادہ		
			سر درد ہونا	
			چکر آنا	
			کمزور یادداشت یا نسیان (بھولنا) کی شکایت ہونا	ذہنی / اعصابی نظام
			پریشانی اور بے چینی کا شکار ہونا	
			سر کا سُن ہو جانا یا ایسا لگنا جیسے	

شدت			علامات	جسمانی اعضاء
بالکل بھی نہیں	درمیانی / اوسط	زیادہ		
			میں نے کوئی نشہ کیا ہو	
			توجہ مرکوز کرنے میں مشکلات پیش آنا	
			پیشاب میں مشکلات	
			جسم میں سوجن	پیشاب سے متعلق / تولیدی نظام
			بے وقت حیض (ماہواری)	
			اسقاط حمل ہو جانا	

اگر آپ میں دیگر کوئی اور علامت موجود پائی گئی ہے تو برائے مہربانی ذیل میں ان کی وضاحت کریں۔

کیا آپ کو کبھی کام کے دوران صحت کے مسائل (جسمانی مسائل) پیش آئے؟  ہاں  نہیں  
 کیا آپ کے خیال میں آپ کو صحت کے مسائل ان اشیا کی وجہ سے ہیں جنہیں آپ  ہاں  نہیں  
 کام کے دوران استعمال کرتے ہیں؟

	معالج کی آراء
--	---------------

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

--

\* درج ذیل سوالات کو پڑھ کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان لگائیں۔

1. آپ نے کتنے سالوں سے ایسی شفٹوں میں کام کیا ہے جن میں رات کی شفٹیں شامل تھیں؟  
 5 سال سے کم  5-10 سال  10-14 سال  15-19 سال
2. برائے مہربانی اپنی موجودہ ملازمت پر اپنے کام کے انتظامات کی نشاندہی کریں؟  
 3 شفٹیں  2 شفٹیں  ہر دوسرے دن (24 گھنٹے شفٹ)  صرف رات کی شفٹ  
 دیگر (بے قاعدہ وغیرہ)
3. کیا آپ کی شفٹ باقاعدگی کے ساتھ تبدیل ہوتی رہتی ہے؟  
 ہاں (تو پھر 1-3 پر چلے جائیں)  نہیں (تو پھر 4 پر چلے جائیں)
- 1-3. کیا آپ کی شفٹ صبح، شام اور رات کی شفٹ کی ترتیب سے بدلتی ہے؟  
 ہاں  نہیں
4. کام ختم کرنے کے بعد سے لیکر واپس کام پر آنے تک فراغت کے کتنے گھنٹے آپ کو حاصل ہوجاتے ہیں؟  
 11 گھنٹے سے زائد  11 گھنٹے سے کم
5. گزشتہ ایک سال سے اوسطاً کتنے دن آپ نے لگاتار رات کی شفٹوں میں کام کیا ہے؟  
 کبھی مسلسل رات کی شفٹ نہیں کی  2 دن  3 دن  4 دن  5 دن یا اس سے زائد
6. آپ کس طرح صبح کی شفٹ کے ساتھ رات کی شفٹ کے کام کے بوجھ اور آرام کے اوقات کا موازنہ کرتے ہیں؟  
 (1) کام کا بوجھ: صبح کی شفٹوں کے مقابلے میں  ایک جیسا  کم  زیادہ  
 (2) آرام کے اوقات: صبح کی شفٹوں کے مقابلے میں  ایک جیسا  کم  زیادہ
7. کیا آپ رات کی شفٹ میں اکیلے کام کرتے ہیں؟  
 ہاں  نہیں
8. کیا رات کی شفٹ کے دوران مندرجہ ذیل باتوں کی اجازت دی جاتی ہے؟
- |  |  |
|--|--|
| رات کی شفٹوں کے دوران سونا             | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| آرام کے لیے جگہ                        | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| کھانا یا ہلکا پھلکا کھانا کھانے کا وقت | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| رات کی شفٹ کے اوقات میں موافقت         | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
9. آپ ایک ہفتے میں اوسطاً کتنے گھنٹے کام کرتے ہیں؟  
 40 گھنٹوں سے کم  40 گھنٹے  41-51 گھنٹے  52-59 گھنٹے  60 گھنٹے یا اس سے زائد

رات کی شفٹ - نیند کی خرابی کی شکایت (بے خوابی کا انڈیکس یا اشاریہ)

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

--

درج ذیل سوالات کو پڑھ کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان لگائیں۔

1-3 برائے مہربانی گزشتہ دو ہفتوں کے دوران ان مسائل کی شدت بتائیں؟

بہت زیادہ	زیادہ	درمیانہ	کم	بالکل نہیں	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سونے میں مسائل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آرام سے سونے میں مشکلات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آسانی سے جاگ جانا

4. اپنے موجودہ سونے کے انداز سے آپ کتنا مطمئن ہیں؟

بہت زیادہ مطمئن  مطمئن  اوسطاً مطمئن  غیر مطمئن  بہت زیادہ غیر مطمئن

5. آپ کے خیال میں آپ کی نیند کی خرابی دن کے اوقات میں آپ کی سرگرمیوں پر کتنا اثر انداز ہوتی ہے؟ (دفتر یا گھر پر کام کرتے ہوئے دن کے دوران تھکاوٹ ہونا؛ صلاحیتوں، توجہ، یادداشت، مزاج وغیرہ)

بالکل نہیں  بہت کم  کسی حد تک  کافی  بہت زیادہ

6. کیا لوگ ایسا کہتے ہیں کہ نیند کے مسائل کی وجہ سے آپ کی صلاحیت کم ہو رہی ہے؟

بالکل نہیں  بہت کم  کسی حد تک  کافی  بہت زیادہ

7. اپنے موجودہ نیند کے مسائل کے بارے میں آپ کس قدر فکر مند ہیں؟

بالکل نہیں  بہت کم  کسی حد تک  کافی  بہت زیادہ

رات کی شفٹ - نیند کی خرابی کی شکایت (دن کے وقت خوابیدگی)

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

--

مندرجہ ذیل سوالات کو غور سے پڑھیں اور " ✓ " سے موزوں ترین جواب کی نشاندہی کریں -

بہت زیادہ خواب آلودہ رہنا	خواب آلودہ رہنا	بہت کم خواب آلودہ رہنا	بالکل خواب آلودہ نہیں رہنا	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. جب بیٹھ کر پڑھ رہے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. جب ٹیلی ویژن دیکھ رہے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. جب عوامی مقامات پر بیٹھے ہوتے ہیں جیسے تھیٹر یا کسی ملاقات کے دوران
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. جب ایک گھنٹے کے لئے بس یا ٹیکسی میں سوار رہتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. جب دوپہر کو آرام سے لیٹے ہوئے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. جب بیٹھے ہوئے کسی سے بات کر رہے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. جب خاموشی سے دن کے کھانے کے بعد بیٹھے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. جب گاڑی چلاتے اور چند منٹوں کے لیے ٹریفک کے باعث روکتے ہیں

### رات کی شفٹ - نیند کی خرابی کی شکایت (نیند کا معیار)

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

\* درج ذیل سوالات کو پڑھ کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان لگائیں۔

1-4 برائے مہربانی گزشتہ ماہ میں رات کی شفٹ کے دوران سونے کے بارے میں سوالات کے جوابات دیں۔

1. آپ کس وقت بستر میں جاتے ہیں؟ ( ) گھنٹے ( ) منٹ
2. آپ کو نیند آنے تک کتنا وقت لگ جاتا ہے؟ ( ) گھنٹے ( ) منٹ
3. آپ کب تک سو کر اٹھتے ہیں؟ ( ) گھنٹے ( ) منٹ
4. آپ کو اصل میں کتنے گھنٹے کی نیند حاصل ہوتی ہے؟ ( ) گھنٹے ( ) منٹ

5. مندرجہ ذیل وجوہات کے باعث کتنی بار آپ کو سونے میں مشکلات کا سامنا ہوتا ہے؟

بفتے میں 3 دفعہ یا زائد	بفتے میں 1-2 دفعہ	بفتے میں ایک دفعہ سے کم	بالکل نہیں	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 منٹ کے اندر اندر سو نہیں سکے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ادھی رات کو جاگ جانا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیت الخلا جانے کے لئے جاگ جانا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لیٹے ہوں تو سانس لینے میں مشکلات ہونا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بہت زور سے خرائے لینے یا کھانسنے کی وجہ سے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انتہائی سردی محسوس کی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انتہائی گرمی محسوس کی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گراؤنے خواب یا ناخوشگوار خوابوں کی وجہ سے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	درد کی وجہ سے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیگر وجوہات ( )

6. گزشتہ ماہ کے دوران کس طرح آپ اپنی نیند کے معیار کی درجہ بندی کریں گے؟

□ بہت عمدہ □ مجموعی طور پر عمدہ □ مجموعی طور پر ناقص □ انتہائی ناقص

7. گزشتہ ماہ کے دوران کتنی بار سونے کے لیے آپ نے دوائی لی (نیند کی دوا)؟

□ کبھی نہیں □ ہفتے میں ایک سے بھی کم دفعہ □ 1-2 دفعہ ہفتہ بھر میں □ 3 دفعہ یا زائد ہفتہ بھر میں

8. گزشتہ ماہ کے دوران کتنی دفعہ آپ کو گاڑی چلانے، یا کھانا کھانے، یا سماجی سرگرمیوں میں مصروفیت کے دوران جاگے رہنے کے لیے جدوجہد کرنا پڑی؟

□ کبھی نہیں □ ہفتے میں ایک سے بھی کم دفعہ □ 1-2 دفعہ ہفتہ بھر میں □ 3 دفعہ یا زائد ہفتہ بھر میں

9. گزشتہ ماہ کے دوران آپ کے لیے اپنے کام کو پورا کرنا کس قدر مشکل رہا؟

□ کبھی بھی نہیں □ کوئی مشکل نہیں □ قدرے مشکل □ بہت مشکل



## رات کی شفٹ - معدے کی بیماریاں

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

درج ذیل سوالات کو پڑھ کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان لگائیں۔

1. گزشتہ تین ماہ کے دوران، کتنی دفعہ آپ نے ایک وقت کا کھانا ختم کرنے کے بعد عجیب سی شکم پُری کی بے چینی محسوس کی؟  
 کبھی بھی نہیں  مہینے میں ایک دن سے کم  مہینہ بھر میں ایک دن  
 مہینہ بھر میں 2-3 دن  ہفتے میں ایک دفعہ  دن میں 2 دفعہ سے زائد  تقریباً روزانہ
2. گزشتہ چھ ماہ سے پہلے بھی آپ کو کبھی ایسا (بے چینی کا) شکم پُری کا احساس ہوتا رہا ہے؟  
 ہاں  نہیں
3. گزشتہ تین ماہ کے دوران کتنی بار آپ ایک وقت کا کھانا بھی ختم نہ کر سکے؟  
 کبھی بھی نہیں  مہینے میں ایک دن سے کم  مہینہ بھر میں ایک دن  
 مہینہ بھر میں 2-3 دن  ہفتے میں ایک دفعہ  دن میں 2 دفعہ سے زائد  تقریباً روزانہ
4. کیا گزشتہ چھ ماہ سے پہلے ایک وقت کا کھانا ختم نہ کر پانے کی علامات موجود تھیں؟  
 ہاں  نہیں
5. گزشتہ تین ماہ کے دوران کتنی دفعہ آپ کے پیٹ کے بالکل درمیان میں درد یا جلن محسوس ہوئی؟ (آپ کے سینے میں نہیں بلکہ آپ کے ناف کے تھوڑا وپر)  
 کبھی بھی نہیں  مہینے میں ایک دن سے کم  مہینہ بھر میں ایک دن  
 مہینہ بھر میں 2-3 دن  ہفتے میں ایک دفعہ  
 دن میں 2 دفعہ سے زائد  تقریباً روزانہ
6. کیا گزشتہ چھ ماہ سے پہلے پیٹ میں درد یا جلن کے احساس کی علامات موجود تھیں؟  
 ہاں  نہیں

## رات کی شفٹ - چھاتی کا سرطان (کینسر)

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

درج ذیل سوالات کو پڑھ کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان لگائیں۔

1. گزشتہ ایک سال کے دوران کتنی دفعہ آپ نے چھاتی کے سرطان (کینسر) کی خود تشخیص کی ہے؟

کبھی بھی نہیں  ہر چھ ماہ میں ایک دفعہ سے بھی کم  ایک دفعہ ہر 3-6 ماہ میں

ایک دفعہ ہر 1-2 ماہ میں  دو دفعہ سے زائد ہر ماہ میں

2. برائے مہربانی اپنی موجودہ علامات کی نشاندہی کریں؟

مجھے اپنی چھاتی میں ابھار محسوس ہوتا ہے۔

پستان سے رطوبت کا اخراج ہوتا ہے۔

میرے پستان میں زخم ہیں یا یہ کھوکھلے ہو گئے ہیں۔

کوئی علامات نہیں۔

3. کیا آپ نے گزشتہ ایک سال کے دوران چھاتی کا ایکسرے یا صوتی ترسیم (سونو گرام) کرایا ہے؟

ہاں  نہیں