

Questionnaire in English and Urdu.

SOCIODEMOGRAPHIC

آبادیاتی معلومات				
Gender	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female		
	عورت <input type="checkbox"/>	مر <input type="checkbox"/>		
Age (years)	صنف			
	عمر (سال)			
Marital status	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Others	
	دوسرے <input type="checkbox"/>	شادی شدہ <input type="checkbox"/>	واحد <input type="checkbox"/>	ازدواجی حیثیت
Education (Degree)				تعلیم (ذکری)
Employment	<input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Retired			روزگار
	ملازمت والا <input type="checkbox"/>	بپ روزگار <input type="checkbox"/>	ریٹائرڈ <input type="checkbox"/>	
Nationality	<input type="checkbox"/> Pakistani <input type="checkbox"/> Non-Pakistani			قومیت
	پاکستانی <input type="checkbox"/>	غیر پاکستانی <input type="checkbox"/>		
Residence	<input type="checkbox"/> Islamabad <input type="checkbox"/> Rawalpindi			رہائش
	اسلام آباد <input type="checkbox"/>	راولپنڈی <input type="checkbox"/>		
طی تاریخ				
Do you suffer from any chronic diseases?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	کیا آپ دائمی بیماریوں میں مبتلا ہیں؟
Which type of disease are you suffering from?		<input type="checkbox"/> آپ کس قسم کی بیماری میں مبتلا ہیں؟		
		<input type="checkbox"/> Current smoker <input type="checkbox"/> Ex-smoker		
Smoking status		<input type="checkbox"/> Not a smoker		
		<input type="checkbox"/> موجودہ سگریٹ نوشی <input type="checkbox"/> سابق تمباکو نوشی		
تمباکو نوشی کی حیثیت				

<input type="checkbox"/> سگریٹ نوشی نہیں	
Childhood illness	<input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Chicken pox <input type="checkbox"/> Rheumatic fever <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> چکن پاکس <input type="checkbox"/> ممپس <input type="checkbox"/> رو بیلا <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> رمیٹی بخار <input type="checkbox"/> پولیو	بچپن کی بیماری
Vaccines and Immunization	
ویکسین اور حفاظتی ٹیکر	
Previous Immunization	<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Chicken pox <input type="checkbox"/> MMR (Measles, Mumps, Rubella)
<input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> بیپیٹائزٹ <input type="checkbox"/> انفلوئنزا <input type="checkbox"/> نمونیا <input type="checkbox"/> چکن پاکس <input type="checkbox"/> (خسرہ، ممپس، رو بیلا)	حفاظتی ٹیکر
Did you test for COVID -19?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> بار <input type="checkbox"/> نہیں	کیا آپ نے کویوڈ -19 کے لئے ٹیسٹ کیا؟
What was the result?	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Not tested
<input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> تجربہ نہیں کیا	نتیجہ کیا نکلا؟
Did you receive any vaccine against COVID 19?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> بار <input type="checkbox"/> نہیں	کیا آپ کو کوڈ 19 کے خلاف کوئی ویکسین موصول ہوئی ہے؟
Types of precautionary medicines: _____	
Which type of vaccine did you receive?	<input type="checkbox"/> SinoPharm <input type="checkbox"/> SinoVac <input type="checkbox"/> Oxford AstraZeneca <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Sputnik V <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Not vaccinated <input type="checkbox"/> Not known
<input type="checkbox"/> سینوفارم <input type="checkbox"/> سینوواک <input type="checkbox"/> آکسفورڈ آسٹرا زینیکا <input type="checkbox"/> فائزر بائیو ٹیک <input type="checkbox"/> سپوتنک وی <input type="checkbox"/> موڈرننا ویکسین <input type="checkbox"/> نہیں لگائی گئی <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	آپ کو کس قسم کی ویکسین ملی ہے؟

Did you receive both doses of vaccine?	<input type="checkbox"/> Only 1st dose <input type="checkbox"/> Both doses <input type="checkbox"/> Not vaccinated
<input type="checkbox"/> صرف 1 خوراک <input type="checkbox"/> دونوں خوراکیں <input type="checkbox"/> ٹیکہ نہیں لگایا	کیا آپ کو ویکسین کی دونوں خوراکیں موصول ہوئی ہیں؟
Where did you vaccinated from?	<input type="checkbox"/> Public setup <input type="checkbox"/> Government setup <input type="checkbox"/> Private setup <input type="checkbox"/> None
<input type="checkbox"/> عوامی سیٹ اپ <input type="checkbox"/> حکومت کا سیٹ اپ <input type="checkbox"/> نجی سیٹ اپ <input type="checkbox"/> کوئی نہیں	آپ نے کہاں سے ٹیکہ لگایا؟
What symptoms did you observe after first dose of vaccine?	<input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Redness <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Muscle pain <input type="checkbox"/> Tiredness <input type="checkbox"/> Coughing <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Breathlessness <input type="checkbox"/> joint pain <input type="checkbox"/> Anaphylactic reaction <input type="checkbox"/> Tingling and numbness <input type="checkbox"/> Swollen lymph nodes
<input type="checkbox"/> سوجن <input type="checkbox"/> لالی <input type="checkbox"/> کھجلی <input type="checkbox"/> بخار <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> پٹھوں میں درد <input type="checkbox"/> تھکاوٹ <input type="checkbox"/> کھانسی <input type="checkbox"/> اسہال <input type="checkbox"/> متلی اور الٹی <input type="checkbox"/> سانس لینے میں دشواری <input type="checkbox"/> جوڑوں کا درد <input type="checkbox"/> اینفلیکٹک رد عمل <input type="checkbox"/> احساس <input type="checkbox"/> سوجن لمف نوٹس	ویکسین کی پہلی خوراک کے بعد آپ نے کن علامات کا مشاہدہ کیا؟
What symptoms did you observe after second dose of vaccine?	<input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Redness <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Muscle pain <input type="checkbox"/> Tiredness <input type="checkbox"/> Coughing <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Breathlessness <input type="checkbox"/> joint pain <input type="checkbox"/> Anaphylactic reaction <input type="checkbox"/> Tingling and numbness <input type="checkbox"/> Swollen lymph nodes
<input type="checkbox"/> سوجن <input type="checkbox"/> لالی <input type="checkbox"/> کھجلی <input type="checkbox"/> بخار <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> پٹھوں میں درد <input type="checkbox"/> تھکاوٹ <input type="checkbox"/> کھانسی <input type="checkbox"/> اسہال <input type="checkbox"/> متلی اور الٹی <input type="checkbox"/> سانس لینے میں دشواری <input type="checkbox"/> جوڑوں کا درد <input type="checkbox"/> اینفلیکٹک رد عمل <input type="checkbox"/> احساس <input type="checkbox"/> سوجن لمف نوٹس	ویکسین کی دوسرا خوراک کے بعد آپ نے کن علامات کا مشاہدہ کیا؟

