

## Questionnaire in English and Urdu.

SOCIODEMOGRAPHIC	
آبادیاتی معلومات	
<b>Gender</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>صنف</span> <span><input type="checkbox"/> مر    <input type="checkbox"/> عورت</span> </div>
<b>Age (years)</b>	
	عمر (سال)
<b>Marital status</b>	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Others
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ازدواجی حیثیت</span> <span><input type="checkbox"/> واحد    <input type="checkbox"/> شادی شدہ    <input type="checkbox"/> دوسرے</span> </div>
<b>Education (Degree)</b>	
	تعلیم (ڈگری)
<b>Employment</b>	<input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Retired
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>روزگار</span> <span><input type="checkbox"/> ملازمت والا    <input type="checkbox"/> بے روزگار    <input type="checkbox"/> ریٹائرڈ</span> </div>
<b>Nationality</b>	<input type="checkbox"/> Pakistani <input type="checkbox"/> Non-Pakistani
	قومیت
<b>Residence</b>	<input type="checkbox"/> Islamabad <input type="checkbox"/> Rawalpindi
	رہائش
<b>Medical History</b>	
طبی تاریخ	
<b>Do you suffer from any chronic diseases?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	کیا آپ دائمی بیماریوں میں مبتلا ہیں؟
<b>Which type of disease are you suffering from?</b>	<input type="checkbox"/>
	آپ کس قسم کی بیماری میں مبتلا ہیں؟
<b>Smoking status</b>	<input type="checkbox"/> Current smoker <input type="checkbox"/> Ex-smoker
	تمباکو نوشی کی حیثیت
	<input type="checkbox"/> Not a smoker
	تمباکو نوشی کی حیثیت
	<input type="checkbox"/> موجودہ سگریٹ نوشی <input type="checkbox"/> سابق تمباکو نوشی

<input type="checkbox"/> سگریٹ نوشی نہیں	
<b>Childhood illness</b>	<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
بچپن کی بیماری <input type="checkbox"/> خسرہ <input type="checkbox"/> ممپس <input type="checkbox"/> روبیلا <input type="checkbox"/> چکن پاکس <input type="checkbox"/> رمیٹی بخار <input type="checkbox"/> پولیو <input type="checkbox"/> دیگر	
<b>Vaccines and Immunization</b>	
ویکسین اور حفاظتی ٹیکے	
<b>Previous Immunization</b>	<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)
حفاظتی ٹیکہ <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹ <input type="checkbox"/> انفلوئنزا <input type="checkbox"/> نمونیا <input type="checkbox"/> چکن پاکس <input type="checkbox"/> (خسرہ ، ممپس ، روبیلا)	
<b>Did you test for COVID -19?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
کیا آپ نے کوویڈ -19 کے لئے ٹیسٹ کیا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
<b>What was the result?</b>	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Not tested
نتیجہ کیا نکلا؟ <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> تجربہ نہیں کیا	
<b>Did you receive any vaccine against COVID 19?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
کیا آپ کو کوڈ 19 کے خلاف کوئی ویکسین موصول ہوئی ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
<b>Types of precautionary medicines:</b>	
<b>Which type of vaccine did you receive?</b>	<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
آپ کو کس قسم کی ویکسین ملی ہے؟ <input type="checkbox"/> سینوفارم <input type="checkbox"/> سینوواک <input type="checkbox"/> آکسفورڈ آسٹرا زینیکا <input type="checkbox"/> فائزر بائیو ٹیک <input type="checkbox"/> سپوٹنک وی <input type="checkbox"/> موڈرنا ویکسین <input type="checkbox"/> نہیں لگائی گئی <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	

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"/> سر درد <input type="checkbox"/> بخار <input type="checkbox"/> کھجلی <input type="checkbox"/> لالی <input type="checkbox"/> سوجن <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"/> اینفیلیکٹک رد عمل <input type="checkbox"/> پنوں اور سوئیاں کا احساس <input type="checkbox"/> سوجن لمف نوڈس	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"/> سر درد <input type="checkbox"/> بخار <input type="checkbox"/> کھجلی <input type="checkbox"/> لالی <input type="checkbox"/> سوجن <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"/> اینفیلیکٹک رد عمل <input type="checkbox"/> پنوں اور سوئیاں کا احساس <input type="checkbox"/> سوجن لمف نوڈس	ویکسین کی دوسری خوراک کے بعد آپ نے کن علامات کا مشاہدہ کیا؟

