



# Best for a healthy future BEGINNINGS

• برنامه‌ای از بهداشت همگانی •

نامنویسی برای برنامه‌ی بهترین‌ها  
Best Beginnings (آسان است)!

Registration for Best Beginnings is Easy!

چگونه برای برنامه‌ی بهترین‌ها نامنویسی کنم؟

1 تنها کافی است به صفحه‌ی اینترنتی بهترین‌ها در وبسایت اداره بهداشت فریزر هلت به این نشانی [fraserhealth.ca/pregnancy](http://fraserhealth.ca/pregnancy) بروید و فرم نامنویسی ساده‌ای که در آنجاست را تکمیل کنید.

یا

2 این فرم نامنویسی کاغذی را تکمیل کنید و آن را به اداره‌ی بهداشت محل یا بخش زایمان بیمارستان برگردانید (اطلاعات تماس اداره بهداشت را در پشت این برگه ببینید).

پس از نامنویسی چه پیش می‌آید؟

What happens after I register?

- اطلاعاتی که شما در فرم نامنویسی ارائه می‌کنید جزء بخش محرمانه‌ی سابقه‌ی پزشکی شما حفظ خواهد شد.
- یک پرستار بهداشت همگانی فرم نامنویسی تکمیل شده‌ی شما را بررسی خواهد کرد.
- یک بسته‌ی اطلاعات مفید با پست برای شما ارسال خواهد شد.
- پرستار بهداشت همگانی با برخی از زنان به طور تلفنی تماس خواهد گرفت تا ارتباط آنان را با بعضی امکانات و حمایت‌های امدادی برقرار نماید.

اگر پرسش‌های دارید لطفاً با اداره‌ی بهداشت همگانی محل خود تماس بگیرید (شماره تلفن آنها را در پشت این برگه ببینید) یا از وبسایت ما دیدن کنید: [fraserhealth.ca/pregnancy](http://fraserhealth.ca/pregnancy)



نام‌نویسی آسان  
است!

تنها فرم نامنویسی را به صورت آنلاین تکمیل و ارسال کنید یا آن را به اداره‌ی بهداشت همگانی محل یا بخش زایشگاه بیمارستان تحویل دهید. پست یا فکس کنید.

اداره‌های محلی بهداشت همگانی

<b>میشن:</b> طبقه اول. هرد استریت 604.814.5500	<b>ابوتسفورد:</b> #34 194 104 مارشال رود 604.864.3400
<b>نیو وست‌مینستر:</b> #610 218 استریت ششم 604.777.6740	<b>آگاسیز:</b> #7243 پایونیر آوینیو 604.793.7160
<b>سوری - کلارودل:</b> #56 17700 205 آوینیو 604.575.5100	<b>برنابی:</b> #4946 300 کانادا وی 604.918.7605
<b>سوری - گیلفورد:</b> 153 10233 استریت 604.587.4750	<b>چیلیواک:</b> 45470 منهولم رود 604.702.4900
<b>سوری - نیوتن:</b> #137 7337 200 استریت 604.592.2000	<b>دلتا - نورت:</b> #84 11245 آوینیو 604.507.5400
<b>سوری - نورت:</b> 10362 کینگ جورج بولوار 604.587.7900	<b>دلتا - ساوت:</b> 4470 کلارنس تیلور کرسنت 604.952.3550
<b>ترای سیتی:</b> #205 200 نیوپورت درایو 604.949.7200	<b>هوپ:</b> 444 پارک استریت 604.860.7630
<b>وایت راک - سوت سوری:</b> 15476 واین آوینیو 604.542.4000	<b>لنگلی:</b> #20389 فریزر هایوی 604.539.2900
	<b>میپل ریج:</b> #22470 400 دیودنی ترانک رود 604.476.7000



سپاسگزاریم که در برنامه‌ی بهترین آغازها که از سوی اداره بهداشت فریزر هلت ارائه می‌شود نام‌نویسی می‌کنید.

Thank you for registering for the Fraser Health – Best Beginnings Program.

یک پرستار بهداشت همگانی فرم نام‌نویسی تکمیل شده‌ی شما را بررسی خواهد کرد. اطلاعاتی که شما در فرم نام‌نویسی ارائه می‌کنید جزء بخش محرمانه‌ی سابقه‌ی پزشکی شما حفظ خواهد شد. پرستار بهداشت همگانی با برخی از زنان به طور تلفنی تماس خواهد گرفت تا ارتباط آنان را با بعضی امکانات و حمایت‌های امدادی برقرار نماید. همه‌ی زنان یک بسته‌ی حاوی اطلاعات بارداری دریافت خواهند کرد.



Best for a healthy future  
BEGINNINGS

• برنامه‌ای از بهداشت همگانی •

فرم نام‌نویسی پیش از زایمان  
(لطفاً با حروف بزرگ پر کنید)

PRENATAL REGISTRATION FORM (Please Print)

نام و اطلاعات تماس شما (لطفاً خوانا بنویسید - سپاسگزاریم)				
تاریخ امروز: روز/ماه/سال		شماره کارت بیمه درمانی:		
نام خانوادگی		نام		
آدرس خیابان:		شهر		
شماره تلفن		کار:		
خانه:		همراه:		
کدام شماره برای دسترسی به شما بهتر است؟ <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/> آیا اشکالی ندارد که از طریق تلفن خانه پیغام بگذاریم؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
اگر تلفن ندارید چگونه می‌توانیم با شما تماس بگیریم؟				
چه موقع برای تماس مناسبتر است؟ <input type="checkbox"/> هر وقت <input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> در طول روز در دسترس نیستم				
تیم مراقبت بهداشتی شما				
نام پزشک یا ماما		شهر		
تلفن (اختیاری)				
نام بیمارستانی که قصد دارید برای تولد بچه به آنجا بروید				
نخستین باری که توسط پزشک یا ماما معاینه شدید چند ماهه باردار بودید؟ <input type="checkbox"/> 1-3 ماه <input type="checkbox"/> 4-6 ماه <input type="checkbox"/> 7-9 ماه				
آیا در کلاسهای آموزشی پیش زایمان شرکت می‌کنید یا قصد دارید شرکت کنید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
آیا در هیچ‌یک از برنامه‌های امدادی یا حمایتی زیر شرکت می‌کنید یا قصد شرکت دارید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه اگر پاسخ آری است، لطفاً گزینه صحیح را در زیر علامت بزنید				
<input type="checkbox"/> برنامه POPS		<input type="checkbox"/> بهترین برای کودکان		<input type="checkbox"/> مرکز بومیان Klahoweya
<input type="checkbox"/> بهترین آغازها		<input type="checkbox"/> سالمترین کودکان ممکن		<input type="checkbox"/> سایر (نام یا برنامه)
اطلاعاتی در باره شما				
تاریخ تولد: سال/ماه/روز		سن شما		
تاریخ زایمان سال/ماه/روز		تا امروز چند هفته از بارداری شما می‌گذرد؟ _____ هفته		
آیا با این کودک نخستین باری خواهد بود که صاحب فرزند می‌شوید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
چه مدت است که در کانادا زندگی می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> متولد کانادا <input type="checkbox"/> کمتر از 5 سال <input type="checkbox"/> 5 - 10 سال <input type="checkbox"/> بیش از 10 سال				
آیا به عنوان یک پناهنده به کانادا آمدید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
آیا برای صاحب یا پرستار به مترجم نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
اگر به مترجم نیاز دارید، به کدام زبان صحبت می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> پنجابی <input type="checkbox"/> مندرین <input type="checkbox"/> کانتونی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> کره‌ای <input type="checkbox"/> تاگالوگ <input type="checkbox"/> فرانسه <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> سایر (نام زبان)				
آیا خود را دارای هویت بومی به شمار می‌آورید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
آیا دوره‌ی دبیرستان را تکمیل کرده‌اید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
آیا هنگامی که ناراحت یا نگران هستید یا فقط به یک همدم نیاز دارید، کسی دارید که با او صحبت کنید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
آیا کسی دارید که شما را برای رفت و آمد، مسکن، پرستاری بچه، یا سایر نیازهای شخصی کمک کند؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
آیا درآمد خانوادگی شما به زحمت کفاف هزینه‌های زندگی را می‌دهد؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
آیا کمک درآمد دریافت می‌کنید (مانند از کار افتادگی، کمک درآمد، بیمه بیکاری) یا کمک حق بیمه‌ی پزشکی بی‌سی؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
آیا در طول ماه گذشته اغلب دچار احساساتی مانند بی‌حالی، افسردگی یا نومی‌ی شده‌اید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
آیا در طول ماه گذشته دچار احساس بی‌علاقگی یا کم‌علاقگی برای انجام کارهایتان شده‌اید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه				
لطفاً یکی از گزینه‌ها را در باره‌ی مصرف تنباکو علامت بزنید		هرگز سیگار نکشیده‌ام <input type="checkbox"/> در حال حاضر سیگار می‌کشم <input type="checkbox"/>		
چند بار دیگر پیرامون شما سیگار می‌کشند؟		کمتر از یک سال است که سیگار را ترک کرده‌ام <input type="checkbox"/> بیش از یک سال است که سیگار را ترک کرده‌ام <input type="checkbox"/>		
آیا قصد دارید که فرزندتان را با شیر خود تغذیه کنید؟		هر روز <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> هر ماه <input type="checkbox"/> کمتر از یک بار در ماه <input type="checkbox"/> هرگز <input type="checkbox"/>		
آری <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		هنوز تصمیم نگرفته‌ام <input type="checkbox"/>		
PUBLIC HEALTH NURSE COMPLETES SECTION BELOW				
Health Unit (where client resides)				
<input type="checkbox"/> Abbotsford	<input type="checkbox"/> Chilliwack	<input type="checkbox"/> Hope	<input type="checkbox"/> Mission	<input type="checkbox"/> North Delta
<input type="checkbox"/> Agassiz	<input type="checkbox"/> Cloverdale	<input type="checkbox"/> Langley	<input type="checkbox"/> New West	<input type="checkbox"/> North Surrey
<input type="checkbox"/> Burnaby	<input type="checkbox"/> Guildford	<input type="checkbox"/> Maple Ridge	<input type="checkbox"/> Newton	<input type="checkbox"/> TriCities: Port Coquitlam
<input type="checkbox"/> TriCities	<input type="checkbox"/> South Delta	<input type="checkbox"/> White Rock		
PHN Name	PHN Signature	Date: year/month/day	BB	NFP
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No