**اینٹی ۔ ایچ ایس وی ½ آئی جی جی (سی ایس ایف)**

**Anti-HSV ½ IgG (CSF) Test Code: 4709 History Performa**

کیس نمبر: ۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔

مریض کا نام: ۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔

عمر/جنس: ۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔

**بیماری کی تاریخ سے متعلق سوالات۔ براہ ِکرم دئیے گئے انتخاب میں سے منتخب کریں :**

1. کیا آپ کو ماضی قریب میں بخارہوا ہے؟ ہاں / نہیں
2. جھٹکوں (fits) کا دورانیہ کیا ہے؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. کیا مریض کے مزاج میں کسی قسم کی تبدیلی محسوس کی گئی ہے؟ ہاں / نہیں
4. کیا مریض کے حواس بحال ہیں؟ ہاں / نہیں
5. کیا مریض اِس وقت ہسپتال میں ہے؟ ہاں / نہیں
6. کیا مریض کی ماضی میں کسی اور بیماری کی ہسٹری ہے؟ ہاں / نہیں
7. کیا مریض کے جسم کے کسی عضو کا کبھی ٹرانسپلانٹ ہوا ہے؟ ہاں / نہیں
8. کیا مریض نے کبھی ادویات میں سٹیرائڈز(Steroids) جیسی کسی دوائی کا استعمال کیا ہے؟ ہاں / نہیں

اگر ہاں ! تو کونسی دوائی زیرِ استعمال رہی ہے ؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_