

زموږ معاینه

د مینیسوټا د سالمیت او احساساتو معاینه

1. آیا په تیره میاشت کې تاسې د ډیر خفگان احساس کړی دی؟
2. آیا په تیره میاشت کې تاسې ډیره اندېښنه درلودلې یا ډیر فکر مو کړی؟
3. آیا په تیره میاشت کې تاسې د تیر وخت په اړه فکرونه درلودل چې تاسې یې د کارونو کولو نه ستونزې کړي یا د نورو خلکو سره د وخت تیرولو نه ستونزې کړي یې؟
4. آیا په تیره میاشت کې تاسې د خوب یا ویده کېدو ستونزې درلودلې دي؟
5. آیا په تیره میاشت کې تاسې د حافظې ستونزې درلودلې دي؟

که چېرې د پورته مواردو څخه کومو ته ځواب هو وي، بیا وپوښئ:

6. آیا د پورته مواردو څخه کوم یې تاسې د هغه څه کولو څخه منع کوي د څه کولو ته چې تاسې هره ورځ اړتیا لرئ؟

Minnesota Department of Health
Refugee and International Health Program
PO Box 64975
St. Paul, MN 55164-0975
651-201-5414
refugeehealth@state.mn.us
www.health.state.mn.us/refugee

12/30/21

To obtain this information in a different format, call: 651-201-5414.