



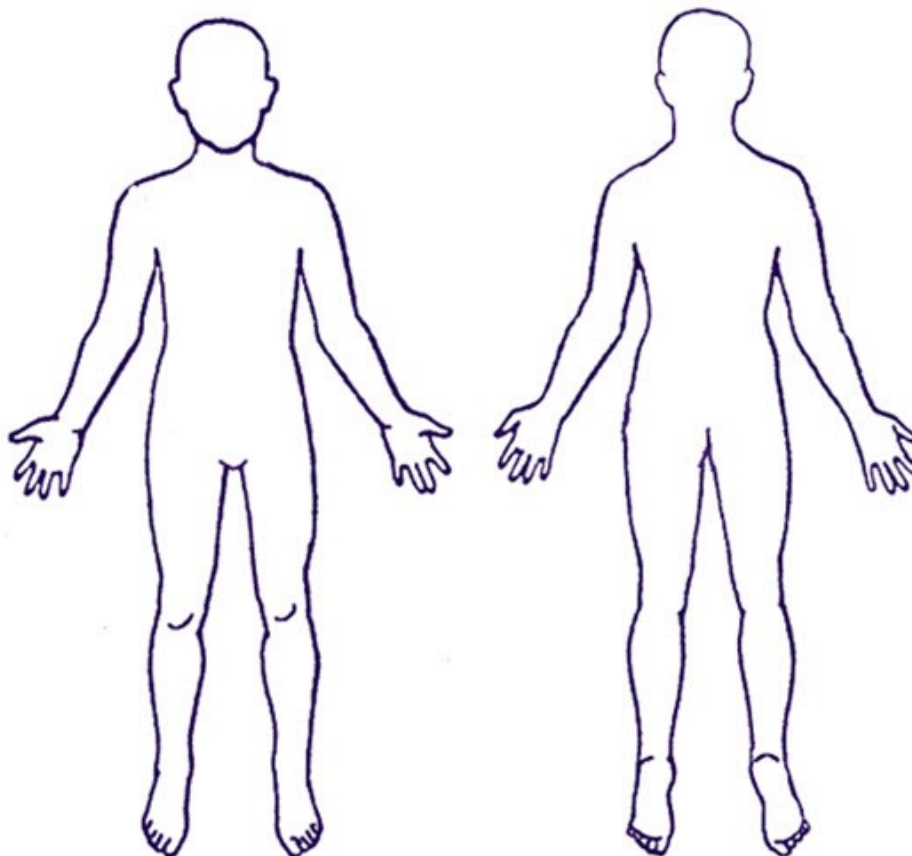
Українська / Ukrainian	English
<p>Анкета пацієнта для новоприбулих до Великобританії мігрантів: діти та підлітки</p>	<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>
<p>Кожен має право зареєструватися у лікаря загальної практики – сімейної медицини (GP – General Practitioner). Щоб зареєструватися у лікаря загальної практики, вам не потрібні підтвердження адреси, імміграційний статус, ідентифікаційний номер або номер NHS (Національної служби охорони здоров'я Великої Британії).</p> <p>Ця анкета призначена для збору інформації про здоров'я ваших дітей відповідно до політики конфіденційності та обміну даними Національної служби охорони здоров'я Великої Британії, щоб медичні працівники кабінету вашого лікаря загальної практики (GP) могли зрозуміти, які підтримка, лікування та вузькоспеціалізована допомога їм можуть знадобитися.</p> <p>Обізнані підлітки віком до 18 років можуть самостійно заповнити дорослу версію.</p> <p>Медичні працівники кабінету вашого лікаря загальної практики не розголошуватимуть жодної інформації, яку ви надаєте, для інших цілей, ніж ваше безпосереднє лікування, за таких умов: ви не дали не це згоди (напр., для підтримки медичних досліджень); або вони не зобов'язані робити це за законом (напр., щоб захистити інших людей від серйозної шкоди); або немає переважаючого суспільного інтересу (напр., ви страждаєте на інфекційне захворювання). Додаткову інформацію про те, як ваш лікар загальної практики використовуватиме вашу інформацію, можна отримати у кабінеті вашого лікаря загальної практики.</p> <p>Поверніть анкету із відповідями своєму GP.</p>	<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP</p> <p>This questionnaire is to collect information about children's health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</p> <p>Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>

<p>Особа, яка заповнює формуляр</p>	<p>Person completing</p>
<p>Особа, яка заповнює цей формуляр:</p> <p><input type="checkbox"/> Один із батьків дитини <input type="checkbox"/> Опікун/піклувальник дитини</p>	<p>Who is completing this form:</p> <p><input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer</p>
<p>Перший розділ: персональні дані</p>	<p>Section one: Personal details</p>
<p>Повне ім'я дитини:</p>	<p>Child's full name:</p>
<p>Дата народження дитини: День _____ Місяць _____ Рік _____</p>	<p>Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____</p>
<p>Адреса дитини:</p>	<p>Child's address:</p>
<p>Ім'я матері:</p>	<p>Mother's name:</p>
<p>Ім'я батька:</p>	<p>Father's name:</p>
<p>Контактний(і) номер(и) телефону:</p>	<p>Contact telephone number(s):</p>
<p>Адреса електронної пошти:</p>	<p>Email address:</p>
<p>Будь ласка, позначте усі варіанти відповідей, які стосуються вашої дитини.</p>	<p>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</p>
<p>1.1 Що з наведеного є характеристикою вашої дитини:</p> <p><input type="checkbox"/> Чоловіча стать <input type="checkbox"/> Жіноча стать <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Вважаю за краще не зазначати</p>	<p>1.1 Which of the following best describes your child:</p> <p><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>

<p>1.2 Релігійні переконання:</p> <p><input type="checkbox"/> Буддизм</p> <p><input type="checkbox"/> Християнство</p> <p><input type="checkbox"/> Індуїзм</p> <p><input type="checkbox"/> Юдаїзм</p> <p><input type="checkbox"/> Мусульманство</p> <p><input type="checkbox"/> Сикхізм</p> <p><input type="checkbox"/> Інша релігія</p> <p><input type="checkbox"/> Нерелігійний(а)</p>	<p>1.2 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist</p> <p><input type="checkbox"/> Christian</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Jewish</p> <p><input type="checkbox"/> Muslim</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Other religion</p> <p><input type="checkbox"/> No religion</p>
<p>1.3 Основна мова спілкування:</p> <p><input type="checkbox"/> Кримськотатарська <input type="checkbox"/> Інша</p> <p><input type="checkbox"/> Англійська</p> <p><input type="checkbox"/> Угорська</p> <p><input type="checkbox"/> Румунська</p> <p><input type="checkbox"/> Російська</p> <p><input type="checkbox"/> Українська</p>	<p>1.3 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Crimean Tatar <input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Hungarian</p> <p><input type="checkbox"/> Romanian</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p>
<p>1.4 Друга мова спілкування:</p> <p><input type="checkbox"/> Кримськотатарська <input type="checkbox"/> Інша</p> <p><input type="checkbox"/> Англійська <input type="checkbox"/> Немає</p> <p><input type="checkbox"/> Угорська</p> <p><input type="checkbox"/> Румунська</p> <p><input type="checkbox"/> Російська</p> <p><input type="checkbox"/> Українська</p>	<p>1.4 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Crimean Tatar <input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> None</p> <p><input type="checkbox"/> Hungarian</p> <p><input type="checkbox"/> Romanian</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p>
<p>1.5 Чи потребує ваша дитина послуг перекладача?</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p>	<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>1.6 Чи потребує ваша дитина супроводу жестовою мовою?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p>	<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>1.7 Хто проживає зараз разом із вашою дитиною в одному помешканні у Великобританії?</p> <p><input type="checkbox"/> Мати</p> <p><input type="checkbox"/> Батько</p> <p><input type="checkbox"/> Брат(и)</p> <p> Скільки? _____</p> <p> Якого віку? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Сестра(и)</p> <p> <input type="checkbox"/> Скільки? _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Якого віку? _____</p>	<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <p><input type="checkbox"/> Mother</p> <p><input type="checkbox"/> Father</p> <p><input type="checkbox"/> Brother(s)</p> <p> How many? _____</p> <p> What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sister(s)</p> <p> <input type="checkbox"/> How many? _____</p> <p> <input type="checkbox"/> What age(s)? _____</p>

<input type="checkbox"/> Інші <input type="checkbox"/> Скільки? _____	<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____
<p>1.8 Чи відвідує Ваша дитина дитячий садок чи школу?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Моїй дитині ще немає 2 років</p> <p><input type="checkbox"/> Ми подали заявку на місце, але нам ще не призначили дитячий садочок/школу</p> <p><input type="checkbox"/> Мені потрібна інформація про те, де я можу отримати допомогу у поданні заявки на місце в дитячому садку чи школі</p> <p><input type="checkbox"/> Так – будь ласка, вкажіть назву дитячого садка чи школи</p> <p>_____</p>	<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age</p> <p><input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school</p> <p><input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place</p> <p><input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school</p> <p>_____</p>
<p>Другий розділ: питання здоров'я</p>	<p>Section two: Health questions</p>
<p>2.1 Чи турбує вас зараз щось із приводу здоров'я вашої дитини?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.2 Чи почувається ваша дитина наразі недобре або є хворою?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.3 Чи потребує ваша дитина термінової допомоги через проблеми зі здоров'ям?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.4 Чи є у вашої дитини будь-який із наведених нижче симптомів? Будь ласка, позначте все, що підходить</p> <p><input type="checkbox"/> Втрата ваги</p> <p><input type="checkbox"/> Кашель</p> <p><input type="checkbox"/> Кривохаркання</p> <p><input type="checkbox"/> Нічна пітливість</p> <p><input type="checkbox"/> Сильна втома</p> <p><input type="checkbox"/> Проблеми з диханням</p> <p><input type="checkbox"/> Підвищена температура</p> <p><input type="checkbox"/> Діарея</p>	<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p> <p><input type="checkbox"/> Breathing problems</p> <p><input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoea</p>

<input type="checkbox"/> Закреп <input type="checkbox"/> Шкірні захворювання або висипка <input type="checkbox"/> Кров у сечі <input type="checkbox"/> Кров у калі <input type="checkbox"/> Головний біль <input type="checkbox"/> Біль <input type="checkbox"/> Поганий настрій <input type="checkbox"/> Тривожність <input type="checkbox"/> Тривожні спогади або кошмари <input type="checkbox"/> Труднощі зі сном <input type="checkbox"/> Відчуття, що вона хоче завдати собі шкоди або позбавитися життя <input type="checkbox"/> Інше	<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in their urine <input type="checkbox"/> Blood in their stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other
<p>2.5 Будь ласка, позначте на зображенні тіла зону(и), де дитина має свої поточні проблеми зі здоров'ям.</p>	<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>



<p>2.6 Чи була Ваша дитина народжена передчасно (до 37 тижня/8,5 місяця вагітності)?</p> <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
--	---

<p>2.7 Чи були у вашої дитини будь-які проблеми зі здоров'ям незабаром після пологів, напр., проблеми з диханням, інфекція, травма мозку?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.8 Лише для новонароджених (віком до 3 місяців): чи проходила ваша дитина медичний огляд у GP (лікаря) через 6-8 тижнів після пологів?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.8 New babies only (up to 3 months old): Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.9 Чи має ваша дитина проблеми зі здоров'ям?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.10 Чи має ваша дитина щось із наведеного нижче? Будь ласка, позначте все, що підходить</p> <p><input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Захворювання крові <input type="checkbox"/> Серпоподібноклітинна анемія <input type="checkbox"/> Таласемія <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Стоматологічні проблеми <input type="checkbox"/> Цукровий діабет <input type="checkbox"/> Епілепсія <input type="checkbox"/> Проблеми з очима <input type="checkbox"/> Захворювання вух, носа або горла <input type="checkbox"/> Проблеми із серцем <input type="checkbox"/> Гепатит В <input type="checkbox"/> Гепатит С <input type="checkbox"/> ВІЛ <input type="checkbox"/> Проблеми з нирками <input type="checkbox"/> Проблеми з печінкою <input type="checkbox"/> Проблеми з психічним здоров'ям <input type="checkbox"/> Поганий настрій/депресія <input type="checkbox"/> Тривожність <input type="checkbox"/> Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) <input type="checkbox"/> Попередні випадки самошкодження <input type="checkbox"/> Спроба самогубства <input type="checkbox"/> Інше</p>	<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia <input type="checkbox"/> Thalassaemia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Mental health problems <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other</p>

<input type="checkbox"/> Захворювання шкіри <input type="checkbox"/> Захворювання щитоподібної залози <input type="checkbox"/> Туберкульоз (ТБ) <input type="checkbox"/> Інше	<input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other
2.11 Чи проводили вашій дитині колись будь-які маніпуляції/хірургічні втручання? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	2.11 Has your child ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
2.12 Чи має ваша дитина тілесні ушкодження внаслідок війни, конфлікту чи тортур? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
2.13 Чи є у вашої дитини проблеми з психічним здоров'ям? Вони можуть бути спричинені війною, конфліктом, катуваннями чи вимушеністю покинути свою країну? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	2.13 Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
2.14 Чи має ваша дитина будь-які фізичні вади або проблеми з мобільністю? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
2.15 Чи має ваша дитина порушення чуттів? Будь ласка, позначте все, що підходить <input type="checkbox"/> Жодних <input type="checkbox"/> Сліпота <input type="checkbox"/> Часткова втрата зору <input type="checkbox"/> Повна втрата слуху <input type="checkbox"/> Часткова втрата слуху <input type="checkbox"/> Проблеми з нюхом і/або смаком	2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems
2.16 Як ви вважаєте, чи має ваша дитина якісь труднощі із навчанням або проблеми з поведінкою? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
2.17 Чи маєте ви занепокоєння щодо зростання вашої дитини, напр., її ваги/зросту? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

<p>2.18 Лише для немовлят: чи має ваша дитина проблеми з годуванням, напр. блювання, рефлюкс, відмова від молока?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.18 Babies only: Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.19 Чи мав хтось із найближчих родичів вашої дитини (батько, мати, брати, сестри, дідусь і бабуся) будь-яке із зазначених нижче захворювань?</p> <p><input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Депресія/психічне захворювання <input type="checkbox"/> Цукровий діабет <input type="checkbox"/> Інфаркт <input type="checkbox"/> Гепатит В <input type="checkbox"/> Високий кров'яний тиск <input type="checkbox"/> ВІЛ <input type="checkbox"/> Труднощі з навчанням <input type="checkbox"/> Інсульт <input type="checkbox"/> Туберкульоз (ТБ) <input type="checkbox"/> Інше</p>	<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other</p>								
<p>2.20 Чи приймає ваша дитина якісь призначені лікарські засоби?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так – будь ласка, зазначте ліки та дозування, призначені вашій дитині, у полі нижче</p> <p>Будь ласка, принесіть будь-які рецепти або лікарські засоби на приймання у лікаря своєї дитини</p> <table border="1" data-bbox="150 1514 775 1955"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1514 564 1554">Назва</th> <th data-bbox="564 1514 775 1554">Дозування</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1554 564 1955"></td> <td data-bbox="564 1554 775 1955"></td> </tr> </tbody> </table>	Назва	Дозування			<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list your child's prescribed medicines and doses in the box below</p> <p>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="820 1514 1445 1955"> <thead> <tr> <th data-bbox="820 1514 1238 1554">Name</th> <th data-bbox="1238 1514 1445 1554">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="820 1554 1238 1955"></td> <td data-bbox="1238 1554 1445 1955"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
Назва	Дозування								
Name	Dose								

<p>2.21 Чи турбує вас, що протягом наступних кількох тижнів якісь із цих ліків закінчаться?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.22 Чи приймає ваша дитина будь-які ліки, які не були призначені медичним фахівцем, напр., ліки, які ви придбали в аптеці/магазині/в інтернеті, або ж вам їх доставили з-за кордону?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так – <i>будь ласка, зазначте ліки та дозування у полі нижче</i></p> <p>Будь ласка, принесіть будь-які рецепти або лікарські засоби на приймання у лікаря своєї дитини</p> <table border="1" data-bbox="150 927 775 1370"> <thead> <tr> <th>Назва</th> <th>Дозування</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Назва	Дозування			<p>2.22 Does your child take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g. medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i></p> <p>Please bring any medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="820 927 1445 1370"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
Назва	Дозування								
Name	Dose								
<p>2.23 Чи має ваша дитина алергію на будь-які лікарські засоби?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.24 Чи має ваша дитина алергію на щось інше (наприклад, їжу, укуси комах, латексні рукавички)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>Третій розділ: щеплення</p>	<p>Section three: Vaccinations</p>								

<p>3.1. Чи всі дитячі щеплення отримала ваша дитина відповідно до свого віку, які пропонуються в країні її походження? Якщо у вас є карта профілактичних щеплень, принесіть її, будь ласка, на приймання до лікаря.</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Я не знаю</p>	<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age? If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>3.2 Чи була ваша дитина щеплена проти туберкульозу (ТБ)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Я не знаю</p>	<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>3.3 Чи була ваша дитина щеплена проти COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 доза <input type="checkbox"/> 2 дози <input type="checkbox"/> 3 дози <input type="checkbox"/> Більше 3 доз</p> <p><input type="checkbox"/> Я не знаю</p>	<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>Якщо є щось, що стосується здоров'я вашої дитини, про що вам незручно розповісти у цьому формулярі, і ви хотіли б обговорити це з лікарем, будь ласка, зателефонуйте своєму лікареві GP та запишіться на приймання.</p>	<p>If there is something relating to your child's health that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment.</p>