|  |  |
| --- | --- |
| English | **Türkçe** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Birleşik Krallık'a Yeni Gelen Göçmenlere Yönelik Sağlık Anketi |
| 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.  This questionnaire is to collect information about your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.  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.  Return your answers to your GP practice. | Herkesin Genel Pratisyenliğe (GP) başvurma hakkı bulunmaktadır. GP’ye başvurmak için adres, göçmenlik statüsü, kimlik veya USH (Ulusal Sağlık Hizmetleri) numarasına ihtiyaç yoktur.  Bu anketin amacı GP hizmetleri sağlayan sağlık uzmanlarının, Ulusal Sağlık Hizmetinin gizlilik ve veri paylaşımı politikalarına uygun olarak ne tür destek, tedavi ve uzmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyabileceğinizi anlayabilmesi için sağlığınız hakkında bilgi toplamaktır.  GP hizmeti sağlayıcınız, siz onay vermedikçe (örn. herhangi bir tıbbi araştırmanın desteklenmesi gibi); kanunen sağlık hizmeti sağlayıcınıza müsaade edilmedikçe (örn. diğer insanları ciddi zararlardan korumak gibi); veya kamu yararı öne çıkmadıkça (örn. bulaşıcı bir hastalıktan muzdarip olunması gibi) doğrudan sağlığınız ile ilgili olması dışında verdiğiniz hiçbir bilgiyi açıklamayacaktır. Pratisyen Hekiminizin verdiğiniz bilgileri nasıl kullanabileceği hakkında daha fazla bilgiyi GP hizmeti sağlayıcınızdan ulaşabilirsiniz.  Cevaplarınızı GP hizmeti sağlayıcınıza iletmeniz rica olunur. |
| Section one: Personal details | Bölüm Bir: Kişisel Bilgiler |
| Full name: | Ad Soyad: |
| Address: | Adres: |
| Telephone number: | Telefon Numarası: |
| Email address: | E-posta adresi: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Lütfen tüm soruları size uyan seçenekleri işaretleyerek tamamlayın.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1Anketin tamamlanma tarihi: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 Aşağıdakilerden hangisi sizi tanımlamaktadır?  Erkek  Kadın  Diğer  Belirtmemeyi tercih ederim |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 Yukarıda verdiğiniz cevap doğuştan gelen cinsiyetiniz midir?  Hayır  Evet  Belirtmemeyi tercih ederim |
| Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Doğum tarihi:  Gün\_\_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 Dinî inancınız:  Budist  Hristiyan  Hindu  Yahudi  Müslüman  Sih  Diğer dinî inanç  Dinî inancım yok |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 Medeni durumunuz:  Evli/Sivil birliktelik  Boşanmış  Dul  Yukarıdakilerin hiçbiri |
| * 1. Sexual Orientation:   Heterosexual (attracted to the opposite sex)  Homosexual (attracted to the same sex)  Bisexual (attracted to males and females)  Prefer not to say  Other | 1.7 Cinsel Yönelim:  Heteroseksüel (karşı cinse yönelim)  Homoseksüel (aynı cinse yönelim)  Biseksüel (her iki cinse yönelim)  Belirtmemeyi tercih ederim  Diğer |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8 Konuşulan ana dil:   |  |  | | --- | --- | | Arnavutça | Rusça | | Arapça | Tigrinya dili | | Darice | Ukraynaca | | İngilizce | Urduca | | Farsça | Vietnamca | | Diğer |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.9 Konuşulan ikinci dil:   |  |  | | --- | --- | | Arnavutça | Rusça | | Arapça | Tigrinya dili | | Darice | Ukraynaca | | İngilizce | Urduca | | Farsça | Vietnamca | | Diğer | Hiçbiri | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10Tercümana ihtiyacınız var mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference.   Male  Female  I don’t mind | 1.11Erkek mi yoksa kadın tercüman mı tercih edersiniz? Lütfen, tercüman tercihinizin, tercüman müsaitlik durumuna göre her zaman tercihinize uygun olmayabileceğini unutmayın.  Erkek  Kadın  Fark etmez |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 Kendi dilinizde okuyabiliyor musunuz?  Hayır  Evet  Okumakta zorlanıyorum |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13Kendi dilinizde yazabiliyor musunuz?  Hayır  Evet  Yazmakta zorlanıyorum |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14İşaret dili desteğine ihtiyaç duyuyor musunuz?  Hayır  Evet |
| * 1. Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:  |  |  | | --- | --- | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Next of kin | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Emergency contact (if different) | | 1.15Lütfen, acil durumda iletişime geçebileceğimiz yakın bir akrabanızın ve/veya birinin bilgilerini ekleyin:   |  |  | | --- | --- | | Ad:  İrtibat numarası:  Adres: | Yakınlık derecesi | | Ad:  İrtibat numarası:  Adres: | Acil durum iletişim bilgisi (farklı ise) | |
| Section two: Health questions | Bölüm iki: Sağlık soruları |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1Şu anda rahatsız veya hasta hissediyor musunuz?  Hayır  Evet |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.2Sağlık sorununuz ile ilgili acil yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?  Hayır  Evet |
| * 1. Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply*   Weight loss  Cough  Coughing up blood  Night sweats  Extreme tiredness  Breathing problems  Fevers  Diarrhoea  Skin complaints or rashes  Blood in your urine  Blood in your stool  Headache  Pain  Low mood  Anxiety  Distressing flashbacks or nightmares  Difficulty sleeping  Feeling like you can’t control your thoughts or actions  Feeling that you want to harm yourself or give up on life  Other | 2.3Şu anda aşağıda verilen belirtilerden herhangi birini taşıyor musunuz? *Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin*  Kilo kaybı  Öksürük  Kanlı öksürük  Gece terlemesi  Aşırı yorgunluk  Solunum sorunları  Ateş  İshal  Cilt şikayetleri veya döküntüleri  Kanlı idrar  Kanlı dışkı  Baş ağrısı  Ağrı  Düşük ruh hali  Kaygı  Üzücü olay anımsamaları veya kabuslar  Uykusuzluk  Düşünce veya eylemlerinizi kontrol edememe hissi  Kendinize zarar verme veya hayatınızı sonlandırma hissi  Diğer |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4Lütfen, mevcut sağlık sorununu (veya sorunlarını) hissettiğiniz noktayı (veya noktaları) vücut görselinde işaretleyin |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5Devam etmekte olup farkında olduğunuz sağlık sorunlarınız var mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply   Arthritis  Asthma  Blood disorder  Sickle cell anaemia  Thalassaemia  Cancer  Dental problems  Diabetes  Epilepsy  Eye problems  Heart problems  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV or AIDS  High blood pressure  Kidney problems  Liver problems  Long-term lung problem/breathing difficulties  Mental health problems  Low mood/depression  Anxiety  Post-traumatic stress disorder (PTSD)  Previously self-harmed  Attempted suicide  Other  Osteoporosis  Skin disease  Stroke  Thyroid disease  Tuberculosis (TB)  Other | 2.6Aşağıdakilerden hangilerini şu anda geçiriyorsunuz veya önceden geçirdiniz? Lütfen, uyan tüm seçenekleri işaretleyin  Artrit (eklem romatizması)  Astım  Kanama bozukluğu  Orak hücre anemisi  Talasemi (Akdeniz anemisi)  Kanser  Diş hastalıkları  Diyabet  Epilepsi (Sara)  Göz hastalıkları  Kalp hastalıkları  Hepatit B  Hepatit C  HIV veya AIDS  Hipertansiyon  Böbrek hastalıkları  Karaciğer hastalıkları  Uzun-dönem ciğer hastalıkları/solunum rahatsızlıkları  Akıl sağlığı bozuklukları  Düşük ruh hali/depresyon  Kaygı  Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)  Geçmişte kendine zarar verme  İntihar teşebbüsü  Diğer  Osteoporoz (Kemiz erimesi)  Cilt hastalığı  Felç  Tiroid hastalığı  Tüberküloz (verem)  Diğer |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7Hiç cerrahi/ameliyat geçirdiniz mi?  Hayır  Evet |
| * 1. If you have had an operation / surgery, how long ago was this?   In the last 12 months  1 – 3 years ago  Over 3 years ago | 2.8Eğer geçirdiyseniz, cerrahi/ameliyatınız ne kadar zaman önceydi?  Son 12 ay içinde  1 – 3 yıl önce  3 yıldan daha önce |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9Savaş, çatışma veya işkence kaynaklı fiziksel yaralanmanız var mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10Hiç akıl sağlığı ile ilgili rahatsızlığınız var mı? Bunlar savaş, çatışma ve işkence sonrası veya ülkenizden kaçmaya zorlanmadan kaynaklı olabilir.  Hayır  Evet |
| * 1. Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply   Cancer  Diabetes  Depression/Mental health illness  Heart attack  High blood pressure  Stroke  Other | 2.11Bazı sağlık sorunları aile kan bağı kaynaklı olabilir. Birinci derece kan bağı olan (örn. baba, anne, kardeş veya büyükbaba, büyükanne) bir aile bireyi aşağıdakilerden herhangi birini geçirdi mi? Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin  Kanser  Diyabet  Depresyon/Akıl sağlığı hastalığı  Kalp krizi  Hipertansiyon  Felç  Diğer |
| * 1. Are you on any prescribed medicines?   No  Yes *–please list your prescribed medicines and doses in the box below*  ***Please bring any prescriptions or medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.12Reçeteli ilaç kullanıyor musunuz?  Hayır  Evet *– Lütfen alttaki kutu içine* *reçeteli ilaçlarınızı ve dozlarını belirtin*  ***Lütfen randevunuza gelirken reçetelerinizi veya ilaçlarınızı yanınızda bulundurun***   |  |  | | --- | --- | | *İsim* | *Doz* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13Bu ilaçlardan herhangi birinin gelecek haftalarda tükeneceği endişesi duyuyor musunuz?  Hayır  Evet |
| * 1. Do you 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?   No  Yes *–please list medicines and doses in the box below*  ***Please bring any medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.14Herhangi bir sağlık uzmanı tarafından yazılmamış, reçeteli olmayan (örn. bir eczane/mağaza/internet veya yurt dışından aldığınız) ilaç kullanıyor musunuz?  Hayır  Evet *–Lütfen alttaki kutu içine ilaçları ve dozlarını belirtin*  ***Lütfen randevunuza gelirken ilaçlarınızı yanınızda bulundurun***   |  |  | | --- | --- | | *İsim* | *Doz* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15Herhangi bir ilaca alerjiniz var mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16Başka herhangi bir şeye alerjiniz var mı? (örn. gıda, böcek sokmaları, lateks eldivenler gibi)  Hayır  Evet |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17Herhangi bir fiziksel engeliniz veya hareket kısıtlılığınız var mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply*   No  Blindness  Partial sight loss  Full hearing loss  Partial hearing loss  Smell and/or taste problems | 2.18Herhangi bir duyusal bozukluğunuz var mı? *Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin*  Hayır  Körlük  Kısmi görme kaybı  Tam işitme kaybı  Kısmi işitme kaybı  Koku ve/veya tat alma sorunları |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19Herhangi bir öğrenme güçlüğünüz var mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20Bir sağlık uzmanıyla hususi olarak bir sonraki randevunuzda görüşmek/dikkat çekmek istediğiniz özel bir sorununuz var mı?  Hayır  Evet |
| Section three: Lifestyle questions | Bölüm üç: Hayat tarzınız ile ilgili sorular |
| * 1. How often do you drink alcohol?   Never  Monthly or less  2-4 times per month  2-3 times per week  4 or more times per week  *There is* ***1 unit*** *of alcohol in:*    *½ pint glass of beer*    *1 small glass of wine*     1. *single measure of spirits* | 3.1Ne sıklıkta alkol tüketirsiniz?  Hiç  Ayda bir veya daha az  Ayda 2-4 defa  Haftada 2-3 defa  Haftada 4 veya daha fazla  ***1 birim*** *alkol, aşağıdakilerden hangisinin ölçüsüdür:*    *½ bardak bira (236.5ml)*    *1 küçük kadeh şarap*     1. *ölçü cin veya viski* |
| 3.2 How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?  0-2  3-4  5-6  7-9  10 or more | * 1. Normal bir günde kaç birim alkol tüketirsin?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 veya daha fazla |
| * 1. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?   Never  Less than monthly  Monthly  Weekly  Daily or almost daily | 3.3Son bir yıl içinde ne sıklıkta kadın iseniz 6 veya daha fazla birim, erkek iseniz 8 veya daha fazla birim alkol tüketiminiz oldu?  Hiç  Ayda birden daha az  Aylık  Haftalık  Günlük veya yaklaşık olarak günlük |
| * 1. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?   Never  I have quit taking drugs that might be harmful  Yes | 3.4Sağlığınıza zararlı olabilecek maddeler alıyor musunuz, örn. kenevir, kokain, eroin?  Hiç  Zararlı olabilecek madde alımımı bıraktım  Evet |
| * 1. Do you smoke?   Never  I have quit smoking  Yes  Cigarettes  How many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  How many years have you smoked for? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tobacco    Would you like help to stop smoking?  Yes  No | 3.5Sigara içiyor musunuz?  Hiç  Bıraktım  Evet  Sigara  Günlük kaç adet? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tütün    Sigara içmeyi bırakmak için yardım ister misiniz?  Evet  Hayır |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6Tütün çiğner misiniz?  Hiç  Tütün çiğnemeyi bıraktım  Evet |
| Section four: Vaccinations | Bölüm dört: Aşılar |
| * 1. Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?   ***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.***  No  Yes  I don’t know | 4.1Ülkenizde geçerli tüm çocukluk aşılarınızı yaptırdınız mı?  ***Aşı geçmişinizi gösteren kayıtlarınız varsa, randevunuza gelirken lütfen, yanınızda bulundurun.***  Hayır  Evet  Bilmiyorum |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2Tüberküloz (verem) aşısı oldunuz mu?  Hayır  Evet  Bilmiyorum |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3KOVİD-19 aşısı oldunuz mu?  Hayır  Evet  1 doz  2 doz  3 doz  3 dozdan fazla  Bilmiyorum |
| Section five: Questions for female patients only | Bölüm beş: Kadın hastalara özel sorular |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Gebe misiniz?  Hayır  Gebe olma ihtimalim var  Evet  Kaç haftalık gebesiniz?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Do you use contraception?   No  Yes  What method do you use?  Barrier contraception *e.g. condoms, gel*  Oral contraceptive pill  Copper Coil/Intrauterine device (IUD)  Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*  Contraceptive injection  Contraceptive implant  Other | 5.2Gebelikten korunuyor musunuz?  Hayır  Evet  Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?  Bariyer yöntemler *örn. prezervatif, jel*  Doğum kontrol hapı  Bakır Bobin/Rahim içi cihaz (RİA)  Hormonal sarmal/Rahim İçi Sistem (IUS) *örn. Mirena*  Doğum kontrol enjeksiyonu  Doğum kontrol implantı  Diğer |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3Acil olarak gebelikten korunma ihtiyacınız var mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.   No  Yes  I would like to be given more information | 5.4Hiç servikal smear (sürüntü) veya smear testi yaptırdınız mı? Bu test rahim ağzınızın sağlığını kontrol etmek ve rahim ağzı kanserini önlemeye yardımcı olmak için yapılan bir testtir.  Hayır  Evet  Daha fazla bilgiye sahip olmak isterim |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5Histerektomi (rahmin ve rahim ağzının alınması ameliyatı) geçirdiniz mi?  Hayır  Evet |
| * 1. As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 5.6Bir kadın hasta olarak, bir sağlık uzmanıyla hususi olarak bir sonraki randevunuzda görüşmek/dikkat çekmek istediğiniz özel bir konunuz var mı?  Hayır  Evet |
| If there is something 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. | Bu ankette paylaşmaktan çekindiğiniz bir konu varsa ve bunu bir doktorla görüşmek istiyorsanız lütfen hekiminizi arayıp randevu alınız. |