|  |  |
| --- | --- |
| English | Bengali **ইংরেজি** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | যুক্তরাজ্যে নতুন আগমন করা অভিবাসীদের জন্য নতুন রোগীর প্রশ্নমালা (New Patient Questionnaire): শিশু ও তরুণ লোকজন |
| 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 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.  **Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.**  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. | একজন GP-র সাথে নিবন্ধন করার অধিকার সকলেরই আছে। GP-র সাথে নিবন্ধন করার জন্য আপনার কোনো ঠিকানার প্রমাণ, অভিবাসনগত অবস্থা, আইডি বা NHS নম্বরের প্রয়োজন নেই  এই প্রশ্নমালার মাধ্যমে শিশুর স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করা হবে, যেন আপনার GP প্র্যাক্টিসে থাকা স্বাস্থ্য বিষয়ক পেশাজীবীগণ বুঝতে পারেন যে, ন্যাশনাল হেলথ সার্ভিস (National Health Service)-এর গোপনীয়তা ও তথ্য শেয়ার করার নীতিমালা অনুযায়ী তাদের কোন ধরনের সহায়তা, চিকিৎসা ও বিশেষজ্ঞ পরিষেবার প্রয়োজন হতে পারে।  **18 বছরের কম বয়সী সক্ষম তরুণ লোকজন তাদের জন্য প্রাপ্তবয়স্কদের সংস্করণটি পূরণ করতে পারেন।**  আপনার সরাসরি সেবার উদ্দেশ্য ছাড়া আপনার কোনো তথ্য আপনার GP প্রকাশ করবে না, যদি না: আপনি সম্মতি দিয়ে থাকেন (যেমন, চিকিৎসা বিষয়ক গবেষণায় সহায়তা করতে); বা আইন অনুযায়ী তারা তা করতে বাধ্য থাকেন (যেমন, গুরুতর ক্ষতি থেকে অন্য লোকজনকে রক্ষা করতে); বা জরুরি জনস্বার্থ বিষয়ক কারণ থাকে (যেমন, আপনি কোনো সংক্রামক রোগে আক্রান্ত হয়ে থাকেন)। আপনার GP আপনার তথ্য কীভাবে ব্যবহার করবে সে সম্পর্কিত আরো তথ্য আপনার GP প্রেক্টিসের কাছে পাওয়া যাবে।    আপনার GP প্রেক্টিসের কাছে আপনার উত্তরগুলো ফেরত দিন। |
| Person completing | যে ব্যক্তি পূরণ করছেন |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | এই ফর্মটি কে পূরণ করছেন:  শিশুর পিতামাতা  শিশুদের আইনানুগ অভিভাবক/কেয়ারার |
| Section one: Personal details | অনুচ্ছেদ এক: ব্যক্তিগত তথ্য |
| Child’s full name: | শিশুর পূর্ণ নাম: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | শিশুর জন্ম তারিখ:  দিন\_\_\_\_\_\_ মাস \_\_\_\_\_\_\_ বছর \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | শিশুর ঠিকানা: |
| Mother’s name: | মায়ের নাম: |
| Father’s name: | বাবার নাম: |
| Contact telephone number(s): | যোগাযোগের জন্য টেলিফোন নম্বর: |
| Email address: | ইমেইল ঠিকানা: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **আপনার শিশুর জন্য প্রযোজ্য সবগুলো উত্তরের বাক্সে টিক চিহ্ন দিন।** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | * 1. নিম্নলিখিত কোন বিষয়টি আপনার শিশুর সম্পর্কে সবচেয়ে ভালো বর্ণনা দেয়?   পুরুষ  মহিলা  অন্যান্য  উত্তর প্রদানে ইচ্ছুক নই |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 ধর্ম:  বৌদ্ধ  খ্রিস্টান  হিন্দু  ইহুদি  মুসলিম  শিখ  অন্যান্য ধর্ম  কোনো ধর্ম নেই |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 প্রধান কথিত ভাষা:   |  |  | | --- | --- | | আলবেনিয়ান | রুশ | | আরবি | টাইগ্রিনিয়া | | দারি | ইউক্রেনিয়ান | | ইংরেজি | উর্দু | | পার্সিয়ান | ভিয়েতনামিজ | | অন্যান্য |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4 দ্বিতীয় কথিত ভাষা:   |  |  | | --- | --- | | আলবেনিয়ান | রুশ | | আরবি | টাইগ্রিনিয়া | | দারি | ইউক্রেনিয়ান | | ইংরেজি | উর্দু | | পার্সিয়ান | ভিয়েতনামিজ | | অন্যান্য | কোনোটিই নয় | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | * 1. আপনার শিশুর কি কোনো দোভাষীর প্রয়োজন আছে?   হ্যাঁ  না |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | * 1. আপনার শিশুর কি ইশারা ভাষায় সহায়তা প্রয়োজন?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Who lives in the same household as your child now in the UK?   Mother  Father  Brother(s)  How many? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  What age(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sister(s)  How many? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  What age(s)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Other  How many? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7আপনার শিশু এখন যুক্তরাজ্যে যে বাসায় থাকেন সেখানে আর কে কে থাকেন?  মা  বাবা  ভাই  কয়জন? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  বয়স কত? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  বোন?  কয়জন? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  বয়স কত? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  অন্যান্য  কয়জন? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Does your child attend nursery or school?   No  My child is under 2 years of age  We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school  I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place  Yes – *please give name of nursery or school* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8আপনার শিশু কি নার্সারি বা স্কুলে যায়?  না  আপনার শিশুর বয়স 2 বছরের কম  আমরা একটি স্থানের জন্য আবেদন করেছি, তবে এখনও নার্সারি/স্কুলে ভর্তি হয়নি  নার্সারি বা স্কুলে ভর্তির জন্য আবেদন করতে আমি কোথা থেকে সহায়তা পেতে পারি সে সম্পর্কে আমি তথ্য পেতে চাই  হ্যাঁ – *অনুগ্রহ করে নার্সারি বা স্কুলের নাম দিন* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | অনুচ্ছেদ দুই: স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্ন |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | * 1. আপনার শিশুর ব্যাপারে আপনার কি কোনো উদ্বেগ আছে?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | * 1. আপনার শিশু কি বর্তমানে অসুস্থ?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | * 1. আপনার শিশুর স্বাস্থ্য সমস্যার কারণে কি জরুরি সহায়তার প্রয়োজন আছে?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child 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  Constipation  Skin complaints or rashes  Blood in their urine  Blood in their stool  Headache  Pain  Low mood  Anxiety  Distressing flashbacks or nightmares  Difficulty sleeping  Feeling that they want to harm themselves or give up on life  Other | * 1. বর্তমানে আপনার শিশুর কি নিচের কোনো উপসর্গ আছে? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন   ওজন কমে যাওয়া  কাশি  কাশিতে রক্ত  রাতে ঘাম হওয়া  অত্যধিক ক্লান্তি  শ্বাসপ্রশ্বাস জনিত সমস্যা  জ্বর  ডায়রিয়া  কোষ্ঠকাঠিন্য  ত্বকের সমস্যা বা ফুসকুড়ি  তাদের প্রশ্রাবের সাথে রক্ত যায়  তাদের মলের সাথে রক্ত যায়  মাথা ব্যথা  ব্যাথা  মেজাজ খারাপ  উদ্বেগ  যন্ত্রণাদায়ক অতীত বা দুঃস্বপ্ন  ঘুমের অসুবিধা  মনে হয় সে নিজের ক্ষতি করতে বা আত্মহত্যা করতে চায়  অন্যান্য |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | * 1. তাদের শরীরের কোথায় সমস্যা বোধ করছে অনুগ্রহ করে ছবিতে তা চিহ্নিত করুন |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?   No  Yes | * 1. আপনার শিশু কি নির্দিষ্ট সময়ের আগেই জন্মগ্রহণ করেছিল (আগাম জন্মগ্রহণ - গর্ভধারণের 37 সপ্তাহ/8.5 মাসের আগে)?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | * 1. জন্মের ঠিক পরপরই আপনার শিশুর কি কোনো স্বাস্থ্যজনিত সমস্যা ছিল, যেমন শ্বাসপ্রশ্বাস জনিত সমস্যা, সংক্রমণ, মস্তিষ্কে আঘাত?   না  হ্যাঁ |
| * 1. **New babies only (up to 3 months old):** Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?   No  Yes | * 1. **শুধুমাত্র নবজাতকের জন্য (3 মাস বয়সী পর্যন্ত):** জন্মগ্রহণের 6-8 সপ্তাহের পরে আপনার শিশুকে কি কোনো GP (ডাক্তার) পরীক্ষা করেছিলেন?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | * 1. আপনার শিশুর কি কোনো জানা স্বাস্থ্য সমস্যা রয়েছে?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have any of the following? Please tick all that apply   Asthma  Blood disorder  Sickle cell anaemia  Thalassaemia  Cancer  Dental problems  Diabetes  Epilepsy  Eye problems  Ears, nose or throat  Heart problems  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV  Kidney problems  Liver problems  Mental health problems  Low mood/depression  Anxiety  Post-traumatic stress disorder (PTSD)  Previously self-harmed  Attempted suicide  Other  Skin disease  Thyroid disease  Tuberculosis (TB)  Other | * 1. আপনার শিশুর কি নিচের কোনো উপসর্গ আছে? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন   হাঁপানি  রক্তে অস্বাভাবিক অবস্থা  সিকল সেল অ্যানেমিয়া  থ্যালাসেমিয়া  ক্যান্সার  দাঁতের সমস্যা  ডায়াবেটিস  মৃগী রোগ  চোখের সমস্যা  কান, নাক বা গলা  হৃদযন্ত্রের সমস্যা  হেপাটাইটিস বি  হেপাটাইটিস সি  এইচআইভি  কিডনির সমস্যা  যকৃৎ বা লিভারে সমস্যা  মানসিক স্বাস্থ্যজনিত সমস্যা  মেজাজ খারাপ/বিষণ্ণতা  উদ্বেগ  আঘাত-পরবর্তী মানসিক চাপজনিত অসুস্থতা (PTSD)  অতীতে নিজের ক্ষতি করা হয়েছে  আত্মহত্যার চেষ্টা করা হয়েছে  অন্যান্য  ত্বকের রোগ  থাইরয়েডের সমস্যা  যক্ষ্মা (TB)  অন্যান্য |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | * 1. আপনার শিশুর কি কখনো অপারেশন / অস্ত্রোপচার হয়েছিল?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | * 1. যুদ্ধ, সংঘাত বা অত্যাচারের কারণে আপনার শিশুর কি কোনো শারীরিক আঘাত আছে?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | * 1. আপনার শিশুর কি কোনো মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যা রয়েছে? এটি হতে পারে যুদ্ধ, সংঘাত, অত্যাচার থেকে বা দেশ থেকে জোর করে পালাতে বাধ্য করার মাধ্যমে?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | * 1. আপনার শিশুর কি কোনো শারীরিক প্রতিবন্ধীত্ব বা চলাফেরায় সমস্যা আছে?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child 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 | * 1. আপনার শিশুর কি ইন্দ্রিয়জনিত কোনো সমস্যা আছে? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন   না  অন্ধত্ব  দৃষ্টিশক্তি আংশিকভাবে নষ্ট হওয়া  সম্পূর্ণভাবে বধির হওয়া  শ্রবণশক্তি আংশিকভাবে নষ্ট হওয়া  গন্ধ এবং/অথবা স্বাদে সমস্যা |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | * 1. আপনি কি মনে করে যে আপনার শিশুর শেখার সমস্যা বা আচরণগত সমস্যা আছে?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | * 1. আপনার শিশুর বৃদ্ধির ব্যাপারে আপনার কি কোনো উদ্বেগ আছে, যেমন তাদের ওজন/উচ্চতা?   না  হ্যাঁ |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | * 1. **শুধুমাত্র শিশুদের জন্য:** আপনার শিশু কি খাদ্য গ্রহণে কোনো সমস্যা বোধ করছে, যেমন বমি করা, খাবার ফেলে দেওয়া, দুধ পানে অনীহা?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Has a member of your child’s immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?   Asthma  Cancer  Depression/Mental health illness  Diabetes  Heart attack  Hepatitis B  High blood pressure  HIV  Learning difficulties  Stroke  Tuberculosis (TB)  Other | * 1. আপনার শিশুর পরিবারের কোনো সদস্য (বাবা, মা, সহোদর ভাইবোন ও দাদা-দাদী) কি নিচের কোনো সমস্যায় ভুগছেন বা ভুগেছেন?   হাঁপানি  ক্যান্সার  বিষণ্ণতা/মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অসুস্থতা  ডায়াবেটিস  হার্ট অ্যাটাক  হেপাটাইটিস বি  উচ্চ রক্তচাপ  এইচআইভি  শিক্ষণের সমস্যা  স্ট্রোক  যক্ষ্মা (TB)  অন্যান্য |
| * 1. Is your child on any prescribed medicines?   No  Yes *–please list your child’s prescribed medicines and doses in the box below*  ***Please bring any prescriptions or medicines to your child’s appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | * 1. আপনার শিশু কি ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী কোনো ঔষধপত্র সেবন করে?   না  হ্যাঁ *–অনুগ্রহ করে আপনার শিশুর ব্যবস্থাপত্রের ঔষধপত্র ও ডোজ নিচের বাক্সে লিখুন*  ***সাক্ষাতের সময় অনুগ্রহ করে আপনার শিশুর কোনো ব্যবস্থাপত্র বা ঔষধপত্র সাথে নিয়ে আসুন***   |  |  | | --- | --- | | *নাম* | *ডোজ* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | * 1. পরবর্তী কয়েক সপ্তাহে এই ঔষধপত্রের কোনোটি শেষ হয়ে যাওয়ার ব্যাপারে আপনি কি উদ্বিগ্ন?   না  হ্যাঁ |
| * 1. 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?   No  Yes *–please list medicines and doses in the box below*  ***Please bring any medicines to your child’s appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | * 1. আপনার শিশু কি এমন কোনো ঔষধ সেবন করে যা কোনো স্বাস্থ্য বিষয়ক পেশাজীবী সুপারিশ করেননি, যেমন, কোনো ফার্মেসি/দোকান/ইন্টারনেট থেকে ক্রয় করেছেন বা বিদেশ থেকে সরবরাহ করা হয়েছে?   না  হ্যাঁ *–অনুগ্রহ করে ঔষধপত্র ও ডোজ নিচের বাক্সে লিখুন*  ***সাক্ষাতের সময় অনুগ্রহ করে আপনার শিশুর কোনো ঔষধপত্র সাথে নিয়ে আসুন***   |  |  | | --- | --- | | *নাম* | *ডোজ* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | * 1. কোনো ঔষধে আপনার শিশুর কি অ্যালার্জি আছে?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | * 1. অন্য কিছুতে কি আপনার শিশুর অ্যালার্জি আছে? (যেমন, খাবার, পোকামাকড়ের হুল, রাবারের গ্লাভস)?   না  হ্যাঁ |
| Section three: Vaccinations | অনুচ্ছেদ তিন: টিকা গ্রহণ |
| * 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.***  No  Yes  I don’t know | * 1. আপনার শিশু যে দেশে জন্মগ্রহণ করেছে সে দেশে তাদের বয়সীদের জন্য যেসকল টিকা দেওয়া হয় তার সবগুলো কি আপনার শিশু গ্রহণ করেছে?   ***যদি টিকা গ্রহণের কোনো রেকর্ড আপনার কাছে থাকে তবে সাক্ষাতের সময় অনুগ্রহ করে তা সাথে নিয়ে আসবেন।***  না  হ্যাঁ  আমি জানি না |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | * 1. আপনার শিশুকে কি যক্ষ্মার (TB) টিকা দেওয়া হয়েছিল?   না  হ্যাঁ  আমি জানি না |
| * 1. Has your child been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | * 1. আপনার শিশুকে কি কোভিড-19-এর টিকা দেওয়া হয়েছিল?   না  হ্যাঁ  1 ডোজ  2 ডোজ  3 ডোজ  3 ডোজের বেশি  আমি জানি না |
| 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 | আপনার শিশুর স্বাস্থ্য সম্পর্কে এই ফর্মে আপনি শেয়ার করতে স্বচ্ছন্দ বোধ করেন না এবং আপনি কোনো ডাক্তারের সাথে আলোচনা করতে ইচ্ছুক এমন কোনো বিষয় যদি থাকে, তবে আপনার GP-কে কল করুন এবং একটি অ্যাপয়েন্টমেন্ট বুক করে নিন। |