|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **فارسی** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | پرسشنامه بیمار جدید برای مهاجران تازه‌وارد در بریتانیا |
| 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. | همه حق برخورداری از پزشک عمومی را دارند. برای برخورداری از پزشک عمومی نیازی به گواهی آدرس، وضعیت مهاجرت، کارت شناسایی یا شماره سرویس سلامت همگانی (NHS) نیست.  این پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سلامت شما مطابق با سیاست‌های محرمانگی و اشتراک داده «سرویس سلامت همگانی» است تا متخصصان سلامت در مطب پزشک عمومی‌تان بدانند به چه پشتیبانی، درمان و خدمات تخصصی ممکن است نیاز داشته باشید.  پزشک عمومی شما هیچ اطلاعاتی را که برای مقاصدی غیر از مراقبت مستقیم خود ارائه می‌دهید افشا نمی‌کند مگر اینکه: موافقت کرده باشید (مثلاً برای کمک به تحقیقات پزشکی)؛ یا طبق قانون موظف به انجام این کار باشند (مثلاً برای محافظت از سایر افراد در برابر آسیب جدی)؛ یا پای منافع عمومی مهمی در میان باشد (مثلاً به بیماری واگیرداری مبتلا باشید). برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه استفاده پزشک عمومی از اطلاعات‌تان به مطب پزشک عمومی خود مراجعه کنید.  پاسخ‌های خود را به مطب پزشک عمومی برگردانید. |
| Section one: Personal details | بخش یک: اطلاعات شخصی |
| Full name: | نام و نام خانوادگی: |
| Address: | آدرس: |
| Telephone number: | شماره تلفن: |
| Email address: | آدرس ایمیل: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **لطفاً به همه سؤالات پاسخ دهید و تمام پاسخ‌هایی را که درباره‌تان صدق می‌کند علامت بزنید.** |
| 1.1Date questionnaire completed: | * 1. تاریخ تکمیل پرسشنامه: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 کدام‌یک از گزینه‌های زیر به بهترین نحو شما را توصیف می‌کند؟  مرد  زن  سایر موارد  ترجیح می‌دهم نگویم |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 آیا این همان جنسیتی است که هنگام تولد داشتید؟  خیر  بله  ترجیح می‌دهم نگویم |
| * 1. Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | تاریخ تولد: 1.4 تاریخ\_\_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 مذهب:  بودایی  مسیحی  هندو  یهودی  مسلمان  سیک  سایر مذاهب  بی‌دین |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 وضعیت تأهل:  متأهل/پارتنر رسمی  مطلقه  بیوه  هیچ‌یک از موارد فوق |
| 1.7 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. گرایش جنسی:   دگرجنس‌گرا (علاقه‌مند به جنس مخالف)  هم‌جنس‌گرا (علاقه‌مند به هم‌جنس)  دوجنس‌گرا (علاقه‌مند به مرد و زن)  ترجیح می‌دهم نگویم  سایر موارد |
| 1.8 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | * 1. زبان گفتاری اصلی:  |  |  | | --- | --- | | آلبانیایی | روسی | | عربی | تیگرینیا | | دری | اوکراینی | | انگلیسی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | سایر موارد |  | |
| 1.9 Second spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | * 1. زبان گفتاری دوم:  |  |  | | --- | --- | | آلبانیایی | روسی | | عربی | تیگرینیا | | دری | اوکراینی | | انگلیسی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | سایر موارد | هیچ‌کدام | |
| 1.10Do you need an interpreter?  No  Yes | * 1. آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟   خیر  بله |
| 1.11Would 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. ترجیح می‌دهید مترجم شفاهی خانم باشد یا آقا؟ لطفاً توجه داشته باشید که در دسترس بودن مترجم شاید به این معنی باشد که برآورده کردن ترجیح و اولویت شما همیشه امکان‌پذیر نیست.   مرد  زن  فرقی نمی‌کند |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 آیا می‌توانید به زبان خود بخوانید؟  خیر  بله  در خواندن مشکل دارم |
| 1.13Are you able to write in your own language?  No  Yes  I have difficulty writing | * 1. آیا می‌توانید به زبان خود بنویسید؟   خیر  بله  در نوشتن مشکل دارم |
| 1.14Do you need sign language support?  No  Yes | * 1. آیا نیاز به کمک از طریق زبان اشاره دارید؟   خیر  بله |
| 1.15Please 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. لطفاً مشخصات مربوط به خویشاوندان نزدیک خود و/یا شخصی که بتوانیم در مواقع اضطراری با او تماس بگیریم را ارائه دهید:  |  |  | | --- | --- | | نام:  شماره تلفن:  آدرس: | خویشاوند نزدیک | | نام:  شماره تلفن:  آدرس: | شماره اضطراری (اگر با شماره بالا فرق دارد) | |
| Section two: Health questions | بخش دو: سؤالاتی درباره سلامت |
| 2.1Are you currently feeling unwell or ill?  No  Yes | * 1. آیا در حال حاضر احساس ناخوشی یا بیماری می‌کنید؟   خیر  بله |
| 2.2Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | آیا برای مشکل سلامت خود به کمک فوری نیاز دارید؟  خیر  بله |
| 2.3Do 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 | * 1. آیا در حال حاضر، هیچ یک از علائم زیر را دارید؟ *لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید*   کاهش وزن  سرفه  سرفه خونی  تعریق شبانه  خستگی شدید  مشکلات تنفسی  تب  اسهال  مشکلات پوستی یا کهیر  خون در ادرار  خون در مدفوع  سردرد  درد  خلق‌وخوی ضعیف  اضطراب  کابوس یا یادآوری خاطرات ناراحت‌کننده  مشکل خواب  احساس ناتوانی در کنترل افکار یا اعمال  تمایل به آسیب به خود یا دست کشیدن از زندگی  سایر موارد |
| 2.4Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | * 1. لطفاً روی تصویر بدن، ناحیه(هایی) را که در آن دچار مشکل(های) سلامت هستید علامت بزنید |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| 2.5Do you have any known health problems that are ongoing?  No  Yes | * 1. آیا مشکل شناخته‌شده سلامتی دارید که هنوز درمان نشده باشد؟   خیر  بله |
| 2.6Do 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 | * 1. آیا هیچ‌یک از موارد زیر را دارید یا داشته‌اید؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید   آرتروز  آسم  اختلال خونی  کم‌خونی داسی‌شکل  تالاسمی  سرطان  مشکلات دندانی  دیابت  صرع  مشکلات بینایی  مشکلات قلبی  هپاتیت بی  هپاتیت سی  اچ‌آی‌وی (HIV) یا ایدز  فشار خون بالا  مشکلات کلیوی  مشکلات کبدی  مشکل ریوی/مشکلات تنفسی بلندمدت  مشکلات روانی  خلق‌وخوی ضعیف/افسردگی  اضطراب  اختلال اضطراب پس از سانحه (PTSD)  آسیب به خود در گذشته  اقدام به خودکشی  سایر موارد  پوکی استخوان  بیماری پوستی  سکته  بیماری تیروئید  سِل (TB)  سایر موارد |
| 2.7Have you ever had any operations / surgery?  No  Yes | * 1. آیا تا به حال عمل / جراحی انجام داده‌اید؟   خیر  بله |
| 2.8If you have had an operation / surgery, how long ago was this?  In the last 12 months  1 – 3 years ago  Over 3 years ago | * 1. اگر عمل / جراحی انجام داده‌اید، مربوط به چند وقت پیش بوده است؟   در 12 ماه گذشته  1 تا 3 سال پیش  بیش از 3 سال پیش |
| 2.9Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?  No  Yes | * 1. آیا در اثر جنگ، درگیری یا شکنجه، آسیب جسمی دیده‌اید؟   خیر  بله |
| 2.10Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?  No  Yes | * 1. آیا مشکل روانی دارید؟ این مشکلات می‌تواند ناشی از جنگ، درگیری، شکنجه یا فرار اجباری از کشورتان باشد؟   خیر  بله |
| 2.11Some 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 | * 1. برخی از بیماری‌ها ممکن است خانوادگی باشد. آیا کسی از اعضای خانواده نزدیک شما (پدر، مادر، خواهر و برادر و پدربزرگ و مادربزرگ) هیچ یک از مشکلات زیر را داشته یا به آن مبتلا بوده است؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید   سرطان  دیابت  افسردگی/بیماری روانی  حمله قلبی  فشار خون بالا  سکته  سایر موارد |
| 2.12Are 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* | |  |  | | * 1. آیا داروهای تجویزی مصرف می‌کنید؟   خیر  بله *– لطفاً لیست داروها و دوزهای تجویزی خود را در کادر زیر بنویسید*  ***لطفاً هرگونه نسخه یا دارو را در نوبت ویزیت خود همراه داشته باشید***   |  |  | | --- | --- | | *نام* | *دوز* | |  |  | |
| 2.13Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?  No  Yes | * 1. آیا درباره تمام شدن این داروها در چند هفته آینده نگرانی دارید؟   خیر  بله |
| 2.14Do 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* | |  |  | | * 1. آیا داروهایی را مصرف می‌کنید که پزشک متخصص تجویز نکرده است، مانند داروهایی که از داروخانه/فروشگاه/اینترنت خریده‌اید یا از خارج از کشور ارسال شده است؟   خیر  بله *–لطفاً لیست داروها و دوزها را در کادر زیر بنویسید*  ***لطفاً هرگونه دارو را در نوبت ویزیت خود همراه داشته باشید***   |  |  | | --- | --- | | *نام* | *دوز* | |  |  | |
| 2.15Are you allergic to any medicines?  No  Yes | * 1. آیا به دارویی حساسیت دارید؟   خیر  بله |
| 2.16Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?  No  Yes | * 1. آیا به چیز دیگری حساسیت دارید؟ (مثل غذا، نیش حشره، دستکش لاتکس)   خیر  بله |
| 2.17Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?  No  Yes | * 1. آیا ناتوانی جسمی یا مشکلات حرکتی دارید؟   خیر  بله |
| 2.18Do 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 | * 1. آیا اختلالات حسی دارید؟ *لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید*   خیر  نابینایی  کاهش جزئی بینایی  ناشنوایی کامل  ناشنوایی جزئی  مشکلات بویایی و/یا چشایی |
| 2.19Do you have any learning difficulties?  No  Yes | * 1. آیا مشکل یادگیری دارید؟   خیر  بله |
| 2.20Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?  No  Yes | * 1. آیا موضوع خصوصی خاصی وجود دارد که بخواهید در نوبت ویزیت بعدی خود با متخصص سلامت صحبت/مطرح کنید؟   خیر  بله |
| Section three: Lifestyle questions | بخش سه: سؤالات مربوط به سبک زندگی |
| 3.1How 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* | * 1. هر چند وقت یک‌بار الکل مصرف می‌کنید؟   هیچ‌وقت  ماهانه یا کمتر  2 تا 4 بار در ماه  2 تا 3 بار در هفته  4 بار یا بیشتر در هفته  *هر یک از موارد زیر،* ***1 واحد*** *الکل دارد:*    *نصف لیوان پاینت آبجو*    *1 گیلاس کوچک شراب*     1. *پیمانه مشروبات الکلی تقطیری* |
| * 1. 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 | 3.2در یک روز عادی که الکل می‌نوشید، چند واحد الکل مصرف می‌کنید؟  0 تا 2  3 تا 4  5 تا 6  7 تا 9  10 یا بیشتر |
| * 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 | 3.3در سال گذشته، هر چند وقت یک‌بار 6 واحد یا بیشتر (اگر خانم هستید)، یا 8 واحد یا بیشتر (اگر آقا هستید)، در یک موقعیت الکل مصرف کرده‌اید؟  هیچ‌وقت  کمتر از ماهانه  ماهانه  هفتگی  روزانه یا تقریباً روزانه |
| * 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 | 3.4آیا مواد مخدری مثل حشیش، کوکائین، هروئین مصرف می‌کنید که ممکن است برای سلامت‌تان مضر باشد؟  هیچ‌وقت  مواد مخدری را که ممکن است مضر باشد ترک کرده‌ام  بله |
| * 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 | 3.5آیا سیگار می‌کشید؟  هیچ‌وقت  سیگار را ترک کرده‌ام  بله  سیگار  چه تعداد در روز؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  چند سال سیگاری بوده‌اید؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_  دخانیات    آیا برای ترک سیگار کمک می‌خواهید؟  بله  خیر |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6آیا تنباکو می‌جوید؟  هیچ‌وقت  جویدن تنباکو را ترک کرده‌ام  بله |
| Section four: Vaccinations | بخش چهار: واکسیناسیون |
| 4.1Have 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 | * 1. آیا تمام واکسن‌های دوران کودکی را که در کشورتان ارائه شده دریافت کرده‌اید؟   ***اگر سوابق واکسیناسیون خود را دارید، لطفاً آن را در نوبت ویزیت همراه داشته باشید.***  خیر  بله  نمی‌دانم |
| 4.2Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?  No  Yes  I don’t know | * 1. آیا در برابر سل (TB) واکسینه شده‌اید؟   خیر  بله  نمی‌دانم |
| 4.3Have you been vaccinated against COVID-19?  No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | * 1. آیا در برابر کووید-19 واکسینه شده‌اید؟   خیر  بله  1 دوز  2 دوز  3 دوز  بیش از 3 دوز  نمی‌دانم |
| Section five: Questions for female patients only | بخش پنج: سؤالات مخصوص بیماران خانم |
| 5.1Are you pregnant?  No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. آیا باردار هستید؟   خیر  ممکن است باردار باشم  بله  هفته چندم بارداری هستید؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.2Do 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 | * 1. آیا از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده می‌کنید؟   خیر  بله  از چه روشی استفاده می کنید؟  ضدبارداری انسدادی، *مثل کاندوم، ژل*  قرص ضدبارداری خوراکی  حلقه مسی/دستگاه داخل رحمی (IUD)  حلقه هورمونی/سیستم داخل رحمی (IUS) *مثل میرنا (Mirena)*  آمپول ضدبارداری  ایمپلنت ضدبارداری  سایر موارد |
| 5.3Do you urgently need any contraception?  No  Yes | * 1. آیا نیاز فوری به پیش‌گیری از بارداری دارید؟   خیر  بله |
| 5.4Have 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 | * 1. آیا تا به حال اسمیر دهانه رحم یا آزمایش پاپ اسمیر انجام داده‌اید؟ این آزمایش برای بررسی سلامت دهانه رحم و کمک به پیش‌گیری از سرطان دهانه رحم است.   خیر  بله  مایلم اطلاعات بیشتری دریافت کنم |
| 5.5Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?  No  Yes | * 1. آیا هیسترکتومی (عمل برداشتن رحم و دهانه رحم) انجام داده‌اید؟   خیر  بله |
| 5.6As 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 | * 1. به‌عنوان یک بیمار خانم، آیا موضوع خصوصی خاصی وجود دارد که بخواهید در نوبت ویزیت بعدی خود با متخصص مراقبت‌های درمانی صحبت/مطرح کنید؟   خیر  بله |
| 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. | اگر نکته‌ای هست که دوست ندارید در این فرم مطرح کنید و می‌خواهید آن را با پزشک در میان بگذارید، لطفاً با پزشک عمومی خود تماس بگیرید و نوبت ویزیت دریافت کنید. |