|  |  |
| --- | --- |
| English | **Lithuanian/Lietuvių** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | Pacientų klausimynas į JK naujai atvykusiems migrantams: vaikai ir nepilnamečiai |
| 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. | Kiekvienas turi teisę užsiregistruoti pas šeimos daktarą. Norint užsiregistruoti pas šeimos daktarą, jums nereikia adreso, imigracijos statuso, asmens tapatybės dokumento ar NHS numerio įrodymo.  Šis klausimynas skirtas informacijos apie vaiko sveikatą rinkimui, kad jūsų poliklinikos sveikatos specialistai suprastų, kokios pagalbos, gydymo ir paslaugų jums gali prireikti pagal Nacionalinės sveikatos tarnybos konfidencialumo ir dalijimosi duomenimis politiką.  **Kompetentingi jaunesni nei 18 metų jaunuoliai gali patys užpildyti suaugusiųjų versiją.**  Jūsų šeimos daktaras neatskleis jokios informacijos, kurią pateiksite kitais nei tiesioginės priežiūros tikslais, nebent: jūs sutikote (pvz., remti medicininius tyrimus); arba jie privalo tai daryti pagal įstatymą (pvz., apsaugoti kitus žmones nuo didelės žalos); arba dėl viršesnio viešojo intereso (pvz., sergate užkrečiama liga). Daugiau informacijos apie tai, kaip jūsų šeimos daktaras naudos jūsų informaciją, rasite savo šeimos daktaro poliklinikoje.    Pateikite atsakymus savo šeimos daktarui. |
| Person completing | Pildantis asmuo |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | Kas pildo šią formą  Vaiko tėvas/motina  Vaiko globėjas |
| Section one: Personal details | Pirma dalis: Asmens duomenys |
| Child’s full name: | Vaiko vardas ir pavardė |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | Vaiko gimimo data:  Diena\_\_\_\_\_\_ Mėnuo \_\_\_\_\_\_\_ Metai \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | Vaiko adresas |
| Mother’s name: | Motinos vardas |
| Father’s name: | Tėvo vardas |
| Contact telephone number(s): | Kontaktinis (-iai) telefono numeris (-iai): |
| Email address: | Elektroninis paštas: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **Pažymėkite visus jūsų vaikui tinkamus atsakymų langelius.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1Kuris iš šių dalykų geriausiai apibūdina jūsų vaiką:  Vyr.  Mot.  Kita  Atsakyti nenoriu |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 Religija:  Budistų  Krikščionių  Induizmo  Žydų  Musulmonų  Sikų  Kita religija  Jokios religijos |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 Pagrindinė šnekamoji kalba:   |  |  | | --- | --- | | Albanų | Rusų | | Arabų | Tigrinų | | Dari | Ukrainiečių | | Anglų | Urdų | | Persų | Vietnamiečių | | Kita |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4Antroji šnekamoji kalba   |  |  | | --- | --- | | Albanų | Rusų | | Arabų | Tigrinų | | Dari | Ukrainiečių | | Anglų | Urdų | | Persų | Vietnamiečių | | Kita | Nėra | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5Ar jūsų vaikui reikalingas vertėjas?  Taip  Ne |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6Ar jūsų vaikui reikalinga ženklų kalbos pagalba?  Ne  Taip |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7Kas šiuo metu gyvena tame pačiame namų ūkyje su jūsų vaiku Jungtinėje Karalystėje?  Motina  Tėvas  Brolis (-iai)  Kiek? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kokio amžiaus?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sesuo (seserys)  Kiek?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kokio amžiaus?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kita  Kiek?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8Ar jūsų vaikas lanko darželį arba mokyklą?  Ne  Mano vaikui mažiau nei 2 metai  Pateikėme paraišką dėl vietos, bet mums dar nepaskyrė darželio ar mokyklos  Norėčiau gauti informacijos apie tai, kur galėčiau gauti pagalbos kreipiantis dėl vietos darželyje ar mokykloje.  Taip - *nurodykite darželio ar mokyklos pavadinimą* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | Antra dalis: Sveikatos klausimai |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1Ar nerimaujate dėl savo vaiko?  Ne  Taip |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2Ar jūsų vaikas šiuo metu blogai jaučiasi ar serga?  Ne  Taip |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3Ar jūsų vaikui reikia skubios pagalbos dėl sveikatos problemų?  Ne  Taip |
| * 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 | 2.4Ar jūsų vaikui šiuo metu pasireiškia kuris nors iš šių simptomų? Pažymėkite visus tinkančius  Svorio kritimas  Kosulys  Kosėjimas krauju  Naktinis prakaitavimas  Išsekimas  Kvėpavimo problemos  Karščiavimas  Viduriavimas  Vidurių užkietėjimas  Odos nusiskundimai ir bėrimai  Kraujas šlapime  Kraujas išmatose  Galvos skausmai  Skausmas  Bloga nuotaika  Nerimas  Kankinantys prisiminimai ar košmarai  Miego sutrikimai  Noras pakenkti sau arba nenoras gyventi  Kita |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5Kūno atvaizde pažymėkite sritį (-is), kurioje (-iose) jis (ji) susiduria su savo dabartinėmis sveikatos problemomis |

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 | 2.6Ar jūsų vaikas gimė neišnešiotas (gimė per anksti - iki 37 savaičių/8,5 nėštumo mėnesio)?  Ne  Taip |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7Ar jūsų vaikas netrukus po gimdymo turėjo kokių nors sveikatos problemų, pvz., kvėpavimo problemų, infekcijų, smegenų traumų?  Ne  Taip |
| * 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 | **2.8Tik naujagimiai (iki 3 mėnesių amžiaus)**: Ar jūsų vaikui po gimdymo praėjus 6-8 savaitėms šeimos daktaras patikrino sveikatą?  Ne  Taip |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9Ar jūsų vaikas turi kokių nors nežinomų sveikatos problemų?  Ne  Taip |
| * 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 | 2.10Ar jūsų vaikas turi kurią nors iš šių ligų? Pažymėkite visus tinkančius  Astma  Kraujo sutrikimai  Pjautuvinė anemija  Talasemija  Vėžys  Dantų problemos  Diabetas  Epilepsija  Akių problemos  Ausų, nosies, gerklės  Širdies problemos  Hepatitas B  Hepatitas C  ŽIV  Inkstų problemos  Kepenų problemos  Psichinės sveikatos problemos  Prasta nuotaika ar depresija  Nerimas  Potrauminio streso sutrikimai (PTSD)  Ankstesnis savęs žalojimas  Bandymas nusižudyti  Kita  Odos ligos  Skydliaukės liga  Tuberkuliozė (TB)  Kita |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11Ar jūsų vaikui kada nors buvo atlikta kokia nors operacija ar chirurgija?  Ne  Taip |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12Ar jūsų vaikas turi fizinių sužalojimų, patirtų dėl karo, konfliktų ar kankinimų?  Ne  Taip |
| * 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 | 2.13Ar jūsų vaikas turi psichikos sveikatos problemų? Tai gali būti karo, konflikto, kankinimų ar priverstinio bėgimo iš šalies padariniai.  Ne  Taip |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14Ar jūsų vaikas turi fizinę negalią arba judumo sunkumų?  Ne  Taip |
| * 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 | 2.15Ar jūsų vaikas turi kokių nors jutimo sutrikimų? Pažymėkite visus tinkančius  Ne  Aklumas  Dalinis regos praradimas  Visiškas klausos praradimas  Dalinis klausos praradimas  Kvapo ir (arba) skonio sutrikimai |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | 2.16Ar manote, kad jūsų vaikas turi mokymosi sunkumų ar elgesio problemų?  Ne  Taip |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | 2.17Ar jums kelia susirūpinimą vaiko augimas, pvz., jo svoris ar ūgis?  Ne  Taip |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | **2.18Tik kūdikiams:** Ar jūsų vaikas turi kokių nors maitinimo problemų, pvz., vemia, turi refliuksą, ar nevalgo pieno?  Ne  Taip |
| * 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 | 2.19Ar jūsų artimiausi šeimos nariai (tėvas, motina, broliai, seserys ar seneliai) sirgo kuria nors iš šių ligų?  Astma  Vėžys  Depresija ar psichinės sveikatos liga  Diabetas  Širdies infarktas  Hepatitas B  Aukštas kraujospūdis  ŽIV  Mokymosi sunkumai  Insultas  Tuberkuliozė (TB)  Kita |
| * 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* | |  |  | | 2.20Ar jūsų vaikas vartoja kokius nors receptinius vaistus?  Ne  Taip *- toliau esančioje lentelėje nurodykite jūsų vaikui išrašytus vaistus ir jų dozes*  ***Į jūsų vaikui paskirtą apsilankymą atsineškite visus receptus arba vaistus.***   |  |  | | --- | --- | | *Pavadinimas* | *Dozė* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.21Ar nerimaujate, kad per kelias ateinančias savaites gali pritrūkti šių vaistų?  Ne  Taip |
| * 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* | |  |  | | 2.22Ar jūsų vaikas vartoja kokius nors vaistus, kurių nepaskyrė sveikatos priežiūros specialistas, pvz., vaistus, kuriuos nusipirkote vaistinėje, parduotuvėje, internetu arba kurie buvo pristatyti iš užsienio?  Ne  Taip *- toliau esančioje lentelėje nurodykite vaistus ir jų dozes*  ***Į jūsų vaikui paskirtą apsilankymą atsineškite visus vaistus.***   |  |  | | --- | --- | | *Pavadinimas* | *Dozė* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | 2.23Ar jūsų vaikas turi alergiją kokiems nors vaistams?  Ne  Taip |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.24Ar jūsų vaikas turi alergiją kam nors kitam? (pvz., maistui, vabzdžių įgėlimams, latekso pirštinėms)?  Ne  Taip |
| Section three: Vaccinations | Trečia dalis: Skiepai |
| * 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 | 3.1Ar jūsų vaikas paskiepytas visais jo kilmės šalyje jo amžiui skirtais skiepais?  ***Jei turite skiepų istoriją, atsineškite ją į paskirtą apsilankymą.***  Ne  Taip  Nežinau |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2Ar jūsų vaikas paskiepytas nuo tuberkuliozės (TB)?  Ne  Taip  Nežinau |
| * 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 | 3.3Ar jūsų vaikas paskiepytas nuo COVID-19?  Ne  Taip  1 dozė  2 dozės  3 dozės  Daugiau nei 3 dozės  Nežinau |
| 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 | Jei nenorite dalintis šioje formoje ir norėtumėte tai aptarti su gydytoju, paskambinkite savo šeimos daktarui ir užsirašykite apsilankymui |