|  |  |
| --- | --- |
| English | **Nepali अंग्रेजी** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | बेलायतमा भर्खरै आएका आप्रवासीहरूका लागि बिरामी प्रश्नावलीः बच्चाहरू र युवाहरू |
| 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. | प्रत्येक व्यक्तिको आफ्नो जीपी दर्ता गर्ने अधिकार छ। तपाईंलाई जीपीमा दर्ता गर्नका लागि ठेगाना, आप्रवासी स्थिति, परिचयपत्र वा एनएचएस नम्बरको प्रमाण आवश्यक पर्दैन।  यो प्रश्नावली बच्चाहरूको स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी सङ्कलन गर्न हो ताकि तपाईंको जीपी क्लिनिकमा स्वास्थ्य पेशेवरहरूले राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवाको गोपनीयता र डेटा साझेदारी नीतिहरू अनुसार उनीहरूलाई कुन सहायता, उपचार र विशेषज्ञ सेवाहरू आवश्यक हुन सक्छ भनेर बुझ्न सक्दछन्।  **18 वर्षभन्दा कम उमेरका सक्षम युवाहरूले वयस्क संस्करण आफैंले पूरा गर्न सक्छन्।**  तपाईंको जीपीले तपाईंको प्रत्यक्ष हेरचाह बाहेक अन्य उद्देश्यका लागि प्रदान गर्ने कुनै पनि जानकारी प्रकट गर्दैन जबसम्म: तपाईंले सहमति दिनुभएको छैन (उदाहरणका लागि चिकित्सा अनुसन्धानलाई सहायता गर्न); वा तिनीहरूले कानून द्वारा त्यसो गर्न आवश्यक छ (उदाहरणका लागि अन्य मानिसहरूलाई गम्भीर हानिबाट बचाउन); वा किनभने त्यहाँ एक अतिरंजित सार्वजनिक चासो छ (उदाहरणका लागि तपाईं एक संक्रामक रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ)। तपाईंको जानकारी कसरी प्रयोग गर्ने भन्ने बारे थप जानकारी तपाईंको जीपी क्लिनिकबाट प्राप्त गर्न सकिन्छ।    तपाइंको उत्तर तपाईंको जीपी क्लिनिकमा फर्काउनुहोस्। |
| Person completing | पूरा गर्ने व्यक्ति |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | यो फाराम कसले भर्दैछ:  बच्चाको बाबुआमा  बच्चाको कानूनी अभिभावक/हेरचाह गर्ने व्यक्ति |
| Section one: Personal details | खण्ड एक: व्यक्तिगत विवरण |
| Child’s full name: | बच्चाको पुरा नाम: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | बच्चाको जन्म मिति:  गते\_\_\_\_\_\_\_\_ महिना \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ साल\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | बच्चाको ठेगाना: |
| Mother’s name: | आमाको नाम: |
| Father’s name: | बुवाको नाम |
| Contact telephone number(s): | सम्पर्क टेलिफोन नम्बर(हरु) |
| Email address: | इमेल ठेगाना: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **कृपया तपाईंको बच्चामा लागू हुने सबै उत्तर कोठाहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्।** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1निम्नमध्ये कुन कुराले तपाईंको बच्चाको सबैभन्दा राम्रो वर्णन गर्दछ:  पुरुष  महिला  अन्य  भन्न चाहन्न |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 धर्म:  बौद्ध  क्रिश्चियन  हिन्दु  यहूदी  मुस्लिम  सिख  अन्य घर्म  कुनै धर्म छैन |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 मुख्य बोलिने भाषा:   |  |  | | --- | --- | | अल्बेनियाली | रुसी | | अरबी | टिग्रीन्या | | दारी | यूक्रेनी | | अंग्रेजी | उर्दु | | फ़ारसी | भिएतनामी | | अन्य |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4दोस्रो बोलिने भाषा   |  |  | | --- | --- | | अल्बेनियाली | रुसी | | अरबी | टिग्रीन्या | | दारी | यूक्रेनी | | अंग्रेजी | उर्दु | | फ़ारसी | भिएतनामी | | अन्य | कुनै पनि होइन | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5के तपाईंको बच्चालाई दोभाषे चाहिन्छ?  छ  छैन |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6के तपाईंको बच्चालाई साङ्केतिक भाषाको सहायता चाहिन्छ?  छैन  छ |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7बेलायतमा अहिले तपाईंको बच्चासंग एउटै परिवारमा को को बस्छ?  आमा  बुवा  दाजुभाई(हरु)  कति जना? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  के उमेर(हरु)को? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  दिदीबहिनी(हरु)  कतिजना? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  के उमेर(हरु)को? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  अन्य  कति जना? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8के तपाईंको बच्चा नर्सरी वा स्कुल जान्छ?  छैन  मेरो बच्चा २ वर्षभन्दा कम उमेरको छ  हामीले एउटा स्थानको लागि आवेदन दिएका छौं तर अहिलेसम्म एउटा नर्सरी/स्कूलको लागि स्थान निर्धारण गरिएको छैन  म नर्सरी वा स्कुलको लागि आवेदन दिनको लागि सहयोग कहाँ पाउन सकिन्छ भन्ने जानकारी चाहन्छु  हो -  *कृपया नर्सरी वा स्कुलको नाम दिनुहोस* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | खण्ड दूई: स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रश्नहरू |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1के तपाईँलाई आफ्नो बच्चाको बारेमा कुनै चिन्ता छ?  छैन  छ |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2के तपाईंको बच्चा अहिले अस्वस्थ वा बिरामी छ?  छैन  छ |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3के तपाईंको बच्चालाई स्वास्थ्य समस्याको लागि तुरुन्तै मदत चाहिन्छ?  छैन  छ |
| * 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 | 2.4के तपाईंको बच्चामा अहिले निम्न लक्षणहरूमध्ये कुनै छ? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्  तौल घट्नु  खोकी  खोक्दा रगत आउने  रातमा पसिना आउनु  अत्यधिक थकान  श्वासप्रश्वासमा समस्या  ज्वरो  पखाला  कब्जियत  छालाको समस्या वा दागहरु  पिसावमा रगत  दिसामा रगत  टाउको दुख्ने  दुखाइ  कम मनोदशा  चिन्ता  पीडादायी सम्झनाहरू वा सपनाहरू  निद्रामा समस्या  आफूमाथि चोट पुर्याउने वा जीवन त्याग्ने भावना  अन्य |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5कृपया शरीरको तस्बिर(हरू)को क्षेत्रमा चिन्ह लगाउनुहोस् जहाँ उनीहरूको हालको स्वास्थ्य समस्या (हरू) छ। |

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 | 2.6के तपाईंको बच्चा समयभन्दा पहिले जन्मेको थियो (37 हप्ता/8.5 महिनाभन्दा पहिले)?  छैन  छ |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7के तपाईंको बच्चालाई प्रसव पछि कुनै स्वास्थ्य समस्या थियो जस्तै श्वासप्रश्वासको समस्या, संक्रमण, मस्तिष्कमा चोट?  छैन  छ |
| * 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 | **2.8नयाँ जन्मेका शिशुहरू मात्र (3 महिनासम्मको):**  के तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य जाँच 6-8 हप्तापछि जीपी (चिकित्सक) ले गरेको छ?  छैन  छ |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9के तपाईंको बच्चालाई कुनै ज्ञात स्वास्थ्य समस्या छ?  छैन  छ |
| * 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 | 2.10के तपाईंको बच्चासँग निम्न मध्ये कुनै छ? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्  दम  रक्त विकार  सिकल सेल एनीमिया  थालसेमिया  क्यान्सर  दाँतको समस्या  मधुमेह  मिर्गी  आँखाको समस्या  कान, नाक वा घाँटी  मुटुको समस्या  हेपाटाईसीस बि  हेपाटाईसीस सि  एचआईभी  मिर्गौलाको समस्या  कलेजोको समस्या  मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूको कठिनाई  कम मनोदशा/ डिप्रेसन  चिन्ता  पोस्ट-ट्राउमेटिक स्ट्रेस डिसअर्डर (PTSD)  विगतमा आफूलाई चोट पुर्याएको  आत्महत्याको प्रयास  अन्य  चर्मरोग  थाइराइड रोग  क्षयरोग (टीबी)  अन्य |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11के तपाईंको बच्चालाई कुनै प्रकारको अपरेशन/ शल्यक्रिया गरिएको छ?  छैन  छ |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12के तपाईंको बच्चालाई युद्ध, द्वन्द्व वा यातनाको कारण कुनै शारीरिक चोट लागेको छ?  छैन  छ |
| * 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 | 2.13के तपाईंको बच्चालाई कुनै मानसिक स्वास्थ्य समस्या छ? यो युद्ध, द्वन्द्व, यातना वा आफ्नो देश छोड्न बाध्य हुनुबाट हुन सक्छ?  छैन  छ |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14के तपाईंको बच्चामा कुनै शारीरिक असक्षमता वा गतिशीलतामा कठिनाइ छ?  छैन  छ |
| * 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 | 2.15 के तपाईंको बच्चामा कुनै संवेदनात्मक कमजोरी छ? कृपया लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्  छैन  अन्धोपन  आंशिक दृष्टि हानि  पूर्ण श्रवण हानि  आंशिक श्रवण हानि  गन्ध र/वा स्वादको समस्या |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | 2.16के तपाईंलाई लाग्छ कि तपाईंको बच्चालाई कुनै सिकाइमा कठिनाइ छ वा व्यवहारमा समस्या छ?  छैन  छ |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | 2.17के तपाईँलाई आफ्नो बच्चाको विकास, उदाहरणका लागि उसको तौल/उचाइको बारेमा कुनै चिन्ता छ?  छैन  छ |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | **2.18शिशुहरू मात्रः** के तपाईंको बच्चालाई कुनै खानपानको समस्या छ, जस्तै उल्टी, रिफ्लक्स, दूध खान अस्विकार गर्ने?  छैन  छ |
| * 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 | 2.19के तपाईंको बच्चाको नजिकको परिवारका कुनै सदस्य (बुबा, आमा, दाजुभाइ, दिदीबहिनी, हजुरबुवा हजुरआमा) मा निम्न मध्ये कुनै एक प्रकारको समस्या छ?  दम  क्यान्सर  डिप्रेसन/मानसिक रोग  मधुमेह  हृदयघात  हेपाटाईसीस बि  उच्च रक्तचाप  एचआईभी  सिकाइमा कठिनाइ  स्ट्रोक  क्षयरोग (टीबी)  अन्य |
| * 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* | |  |  | | 2.20के तपाईंको बच्चाले कुनै औषधि लिइरहेको छ?  छैन  छ *-कृपया तपाईंको बच्चाले लिने औषधि र औषधिको मात्रा तलको बाकसमा लेख्नुहोस्*  ***कृपया आफ्नो बच्चाको अपोइन्टमेन्टमा कुनै पनि प्रिस्क्रिप्शन वा औषधि ल्याउनुहोस्***   |  |  | | --- | --- | | *नाम* | *मात्रा* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.21के तपाईं आगामी केही हप्तामा यी कुनै पनि औषधिहरू समाप्त हुने बारे चिन्तित हुनुहुन्छ?  छैन  छ |
| * 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* | |  |  | | 2.22के तपाईंको बच्चाले कुनै पनि औषधि लिन्छ जुन स्वास्थ्य पेशेवर द्वारा निर्धारित गरिएको छैन, उदाहरणका लागि औषधि जुन तपाईंले फार्मेसी/ पसल/ इन्टरनेटमा किन्नुभएको छ वा विदेशबाट डेलिभर गर्नुभएको छ?  छैन  हो  *कृपया तलको बाकसमा औषधि र खुराकहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्*  ***कृपया तपाईंको बच्चाको अपोइन्टमेन्टमा कुनै पनि औषधि ल्याउनुहोस्***   |  |  | | --- | --- | | *नाम* | *मात्रा* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | 2.23के तपाईंको बच्चालाई कुनै औषधी प्रति एलर्जी छ?  छैन  छ |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.24के तपाईंको बच्चालाई अरू कुनै कुरामा एलर्जी छ? (उदाहरणका लागि खाना, कीराको टोकाइ, लेटेक्सको पन्जा)  छैन  छ |
| Section three: Vaccinations | खण्ड तीन: खोपहरु |
| * 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 | 3.1के तपाईंको बच्चाले आफ्नो उमेरका लागि आफ्नो देशका सबै खोपहरू लगाएको छ?  ***यदि तपाईंसँग तपाईंको खोप इतिहासको रेकर्ड छ भने, कृपया यसलाई तपाईंको अपोइन्टमेन्टमा ल्याउनुहोस्।***  छैन  छ  मलाई थाहा छैन |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2के तपाईंको बच्चालाई क्षयरोग (टीबी) विरुद्ध खोप लगाइएको छ?  छैन  छ  मलाई थाहा छैन |
| * 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 | 3.3के तपाईंको बच्चालाई कोभिड-19 विरुद्धको खोप लगाइएको छ?  छैन  छ  1 मात्रा  2 मात्रा  3 मात्रा  3 मात्रा भन्दा बढी  मलाई थाहा छैन |
| 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 | यदि तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित कुनै कुरा छ भने जुन तपाईं यो फारममा साझा गर्न सहज महसुस गर्नुहुन्न र तपाईं यसलाई डाक्टरसँग छलफल गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया तपाईंको जीपीलाई फोन गर्नुहोस् र अपोइन्टमेन्ट बुक गर्नुहोस्। |