|  |  |
| --- | --- |
| **English** | Nepali/Pahari |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | युकेमा भर्खरै आएका आप्रवासीहरूका लागि बिरामी सम्बन्धी प्रश्नावली: बालबालिका 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. | सबैलाई GP सँग दर्ता गर्ने अधिकार छ। तपाईलाई GP सँग दर्ता गर्न ठेगाना, अध्यागमन स्थिति, आईडी वा NHS नम्बरको प्रमाण चाहिँदैन।यो प्रश्नावली बालबालिकाको स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी सङ्कलन गर्नको लागि हो ताकि तपाईको GP अभ्यासमा रहेका स्वास्थ्य व्यवसायीहरूले राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवाको गोपनीयता र डेटा साझेदारी नीतिहरू अनुसार उनीहरूलाई कस्तो सहयोग, उपचार र विशेषज्ञ सेवाहरू आवश्यक पर्न सक्छ भनेर बुझ्न सकून्। **१८ वर्ष मुनिका सक्षम युवाहरूले आफ्ना लागि वयस्क संस्करण पूरा गर्न सक्छन्।**  तपाईको प्रत्यक्ष हेरचाह बाहेक अन्य उद्देश्यका लागि तपाईले उपलब्ध गराउनुभएको कुनै पनि जानकारी तपाईले सहमति दिनुनभएसम्म(जस्तै चिकित्सा अनुसन्धानलाई समर्थन गर्न) वा उनीहरूलाई कानूनद्वारा त्यसो गर्न आवश्यक नभएसम्म (उदाहरणका लागि अन्य मानिसहरूलाई गम्भीर हानिबाट जोगाउन); वा ओभरराइडिङ्ग सार्वजनिक चासो नभएसमम (जस्तै तपाईं सरुवा रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ) तपाईको GP ले खुलासा गर्ने छैनन्। तपाईको GP ले तपाईको जानकारी कसरी प्रयोग गर्नेछन् भन्ने बारे थप जानकारी तपाईको GP अभ्यासबाट उपलब्ध छ। |
| Person completing | पुरा गर्ने व्यक्ति |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | कसले फारम पुरा गरेको होः बच्चाको अभिभावक  बच्चाको कानूनी अभिभावक/हेरचाहकर्ता |
| Section one: Personal details | खण्ड एकः व्यक्तिगत विवरण |
| Child’s full name: | बच्चाको पुरा नामः |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | बच्चाको जन्म मितिः दिन महिना बर्ष |
| Child’s address: | बच्चाको ठेगानाः |
| Mother’s name: | आमाको नामः |
| Father’s name: | बाबुको नामः |
| Contact telephone number(s): | सम्पर्क टेलिफोन नम्बर |
| Email address: | ईमेल ठेगाना |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **तपाईँको बच्चामा लागु हुने सबै उत्तरहरुमा बाक्सामा ठिक लगाउनुहोस्।** |
| 1.1Which of the following best describes your child:  Male  Female  Other  Prefer not to say | * 1. निम्न मध्ये तपाईँको बच्चालाई के ले उत्तम व्याख्या गर्छ:   पुरुष  महिला  अन्य  भन्न नरुचाउने |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 धर्म:  बुध्दिष्ट  क्रीष्टियन  हिन्दु  जुईस  मुसल्मान  शिख  अन्य धर्म  कुनै पनि धर्म छैन |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 बोल्ने मुख्य भाषा:   |  |  | | --- | --- | | अल्बानियन | रसियन | | अरबिक | टिग्रिन्या | | दारी | युक्रेनियन | | अंग्रेजी | उर्दु | | पर्सियन | भियतनामि | | अन्य |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.4 बोल्ने दोस्रो भाषा:   |  |  | | --- | --- | | अल्बानियन | रसियन | | अरबिक | टिग्रिन्या | | दारी | युक्रेनियन | | अंग्रेजी | उर्दु | | पर्सियन | भियतनामि  कुनै पनि छैन | | अन्य |  | |
| 1.5Does your child need an interpreter?  Yes  No | 1.5तपाईँको बच्चालाई दोभाषे चाहिन्छ?  चाहिन्छ  चाहिन्न |
| 1.6Does your child need sign language support?  No  Yes | * 1. तपाईँको बच्चालाई सांकेतिक भाषा सहयोग चाहिन्छ?   चाहिन्न  चाहिन्छ |
| 1.7Who 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. बेलायतमा एकै घरमा तपाईँको बच्चा सहित को बस्छ?   आमा  बुबा  दाजु(हरु)  कति जना? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  कुन उमेर(हरु)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  दिदिबहिनी(हरु)  कति जना? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  कुन उमेर(हरु)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  अन्य  कति जना? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.8Does 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. के तपाईँको बच्चा नर्सरी वा स्कुल जान्छ?   जाँदैन  मेरो बच्चा २ बर्ष भन्दा सानो छ  हामीले स्थानको लागि आवेदन दिएका छौँ तर नर्सरी/स्कुल एलोकेट गरेको छैन  नर्सरी वा स्कुलमा आवेदन दिन सहायता कहाँ पाईन्छ भन्ने सूचना प्राप्त गर्न मईच्छुक छु।  जान्छ –कृपया नर्सरी वा स्कुलको नाम दिनुहोस्\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | खण्ड दुईः स्वास्थ प्रश्नहरु |
| 2.1Do you have any concerns about your child?  No  Yes | * 1. तपाईँलाई तपाईँको बच्चा बारे केही सरोकार छ?   छैन  छ |
| 2.2Is your child currently unwell or ill?  No  Yes | * 1. तपाईँको बच्चा हाल अस्वस्थ वा बिरामी छ?   छैन  छ |
| 2.3Does your child need an urgent help for a health problem?  No  Yes | * 1. के तपाईँको बच्चालाई स्वास्थ समस्या बारे कुनै शिघ्र सहायता चाहनुहुन्छ?   छैन  छ |
| 2.4Does 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. के तपाईँको बच्चालाई हाल निम्न मध्ये कुनै लक्षण छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस्   वजन घट्ने  खोकी  रगत खोक्ने  राति पसिना आउने  अत्याधिक थकान  श्वास फेर्ने समस्या  ज्वारो  पखाला  कब्जियत  छाला चिटचिटाहत वा डावरहरु  पिसाबमा रगत  दिशामा रगत  टाउको दुख्ने  दुखाई  मुड नहुने  एङ्जाईटि  फ्यासव्याक र नराम्रो सपना देख्ने  सुत्न कठिनाई  आफैलाई  अन्य |
| 2.5Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5 शरिरको चित्रमा उनीहरुले हाल स्वास्थमा अनुभव गरेको समस्या (हरु) भएको क्षेत्रमा (हरु) चित्रण गर्नुहोस् |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| 2.6Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?  No  Yes | 2.6के तपाईँको बच्चा समय पूर्व जन।मिएको थियो (चाँडै जन्मिएको – गर्भधारणको 37 हप्ता /8.5 महिना अगाडि)?  होईन  हो |
| 2.7Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?  No  Yes | 2.7के तपाईँको बच्चालाई जन्मनासाथ केही स्वास्थ समस्या भएको थियो जस्तै श्वास फेर्न समस्या, ईन्फेक्सन, मानसिक चोटपटक?  छैन  छ |
| **2.8New 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 शिशु मात्र (३ महिना सम्मको):** के तपाईँको बच्चाको जन्म पछिको 6-8 हप्ता पछिको परिक्षण तपाईँको GP ले गरिसके?  होईन  हो |
| 2.9Does your child have any known health problems?  No  Yes | 2.9के तपाईँको बच्चामा थाहा भएको कुनै स्वास्थ समस्या छ?  छैन  छ |
| 2.10Does 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 | 10के तपाईँको बच्चामा निम्न कुनै छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस्  दम  रगतमा समस्या  सिकल सेल अनेमिया  थालासेईमिया  क्यान्सर  दन्त्य समस्या  मधुमेह  ईपिलेप्सि  आँखाको समस्या  कान, नाक र घाँटी  मुटुको समस्या  हेपाटाईटिस B  हेपाटाईटिस C  एच्आईभी  मृगौलाको समस्या  पित्तको समस्या  मानसिक स्वास्थ समस्या  मुड नहुने/डिप्रेसन  एङ्गजाईटि  पोस्ट-ट्रमाटिक स्ट्रेस डिसअडर (PTSD)  पहिले स्वहानी गरेको  आत्म हत्याको प्रयास गरेको  अन्य  छाला सम्बन्धी रोग  थाईरोईडको रोग  ट्युबरकोलोसिस (TB)  अन्य |
| 2.11Has your child ever had any operations / surgery?  No  Yes | 2.11के तपाईँको बच्चाको कहिल्यै अपरेसन/शल्यक्रीया भएको थियो?  छैन  छ |
| 2.12Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?  No  Yes | 2.12के तपाईँको बच्चालाई युध्द, द्वन्द वा टर्चरका कारणले कुनै शारिरिक चोटपटक लागेको छ?  छैन  छ |
| 2.13Does 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 तपाईँको बच्चामा कुनै मानसिक समस्या छ? यो युध्द, द्वन्द, टर्चर वा तपाईँको देशबाट भाग्न पर्ने कारण ले हुन सक्छ?  छैन  छ |
| 2.14Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?  No  Yes | 2.14के तपाईँको बच्चामा कुनै शारिरिक अशक्तता वा हिँडडुल गर्न समस्या छ?  छैन  छ |
| 2.15Does 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 | 2.15के तपाईँको बच्मा कुनै सेन्सरि ईम्पेरमेन्ट छ? लागु हुने सबैमा ठिक लगाउनुहोस  छैन  अन्धोपना  आंसिक दृष्टिको कमि  पुरा सुन्न नसक्ने  आंशिक सुन्न नसक्ने  बास्ना र/वा स्वाद संबन्धी समस्याहरु |
| 2.16Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?  No  Yes | 2.16के तपाईँको बच्चामा कुनै सिकाई सम्बन्धी कठीनाई वा व्यवहारिक समस्याहरु छ?  छैन  छ |
| 2.17Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?  No  Yes | 2.17के तपाईँलाई आफ्नो बच्चाको बिकासमा कुनै सरोकार छ जस्तै वजन/उचाई?  छैन  छ |
| **2.18Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?  No  Yes | **2.18शिशु मात्र:के तपाईँको बच्चामा कुनै खुवाई संबन्धी समस्या छ जस्तै वान्ता गर्ने, रिफ्लक्स, दुध खान नमान्ने?**  छैन  छ |
| 2.19Has 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 तपाईँको बच्चाको नजिकको परिवार ( बुबा, आमा, दाजुभाई र हजुरबुबा/आमा) मा निम्न कुनै समस्या थियो?  दम  क्यान्सर  डिप्रेसन/ मानसिक स्वास्थ समस्या  मधुमेह  हर्ट अट्याक  हेपाटाईटिस B  उच्च रक्त चाप  एच्आईभी  सिकाई संबन्धी समस्या  स्ट्रोक  टुबरक्लोसिस् (TB)  अन्य |
| 2.20Is 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 तपाईँको बच्चा लाई कुनै औषधी सिफारिस गरिएको छ?  छैन  छ *– कृपया तलको बाक्सामा सिफारिस गरिएको सबै औषधी र मात्रा सूची गर्नुहोस*  ***तपाईँको बच्चाको अपोईन्टमेन्टमा सबै सिफारिस र औषधी लेराउनुहोस***   |  |  | | --- | --- | | *नाम* | *मात्रा* | |  |  | |
| 2.21Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?  No  Yes | 2.21आर्को केही हप्तामा तपाईँ यी औषधीहरु सकिनेमा चिन्तित हुनुहुन्छ?  छैन  छ |
| 2.22Does 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 तपाईँको बच्चा ले कुनै स्वास्थ व्यवसायीले सिफारिस नगरेको औषधी लिएको छ जस्तै तपाईँले औषधी पसलबाट किनेको, ईन्टरनेटबाट किनेको वा बिदेशबाट डेलिभर गिएको?  छैन  छ *–कृपया तलको बाक्सामा सबै औषधी र मात्रा सूची गर्नुहोस*  ***तपाईँको बच्चाको अपोईन्टमेन्टमा सबै औषधी लेराउनुहोस***   |  |  | | --- | --- | | *नाम* | *मात्रा* | |  |  | |
| 2.23Does your child have allergy to any medicines?  No  Yes | 2.23के तपाईँको बच्चामा औषधीले कुनै एलर्जी छ?  छैन  छ |
| 2.24Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?  No  Yes | 2.24के तपाईँको बच्चामा अन्य कुनै कुराको एलर्जी छ? (जस्तै खाना, कीराको गन्ध, ल्याटेक्स ग्लोभ)?  छैन  छ |
| Section three: Vaccinations | खण्ड तीनः खोपहरु |
| 3.1Has 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. के तपाईँको बच्चाले जन्नेको देशमा सबै खोपहरु प्राप्त गरेकोछ?   ***तपाईँ सँग खोपको ईतिहास छ भने एपोईन्टमेन्टम लिएर आउनुहोस्।***  छ  छैन  मलाई थाहा छैन |
| 3.2Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?  No  Yes  I don’t know | * 1. के तपाईँको बच्चालाई ट्युबरक्लोसिस बिरुध्द खोप लगाईएको छ (TB)?   छैन  छ  मलाई थाहा छैन |
| 3.3Has your child been vaccinated against COVID-19?  No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | * 1. के तपाईँको बच्चालाई COVID-19 बिरुध्द खोप लगाईएकोछ?   छैन  छ  1 मात्र  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 केही कुरा छ जुन तपाईंलाई यो फारममा साझा गर्न सहज लाग्दैन र तपाईं डाक्टरसँग छलफल गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो GPलाई कल गर्नुहोस् र अपोइन्टमेन्ट बुक गर्नुहोस्। |