|  |  |
| --- | --- |
| **English** | Polski/Polish |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Kwestionariusz pacjenta dla migrantów nowo przybyłych do Wielkiej Brytanii |
| 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. | Każdy ma prawo zarejestrować się u lekarza rodzinnego (ang. GP). Rejestracja u lekarza rodzinnego nie wymaga dokumentu potwierdzającego adres, określonego statusu imigracyjnego, dokumentu tożsamości ani numeru NHS.  Celem tego kwestionariusza jest zebranie informacji na temat Państwa zdrowia, aby pracownicy służby zdrowia w przychodni lekarza rodzinnego (GP) wiedzieli, jakiego wsparcia, leczenia i usług specjalistycznych mogą potrzebować, dane te są traktowane zgodnie z polityką poufności i udostępniania danych obowiązującą w Państwowej Służbie Zdrowia (NHS).  Lekarz rodzinny nie ujawni żadnych informacji pacjenta, dla celów innych niż bezpośrednia opieka, chyba że: pacjent wyrazi na to zgodę (np. w celu wsparcia badań medycznych) lub lekarz będzie do tego zobowiązany przez prawo (np. w celu ochrony innych osób przed poważną krzywdą), lub ze względu na nadrzędny interes publiczny (np. pacjent cierpi na chorobę zakaźną). Dalsze informacje na temat sposobu, w jaki lekarz rodzinny będzie wykorzystywał przekazane dane, można uzyskać w przychodni lekarskiej.  Odpowiedzi prosimy przekazać swojemu lekarzowi rodzinnemu. |
| Section one: Personal details | Część pierwsza: dane osobowe |
| Full name: | Imię i nazwisko: |
| Address: | Adres: |
| Telephone number: | Numer telefonu: |
| Email address: | Adres e-mail: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania i zaznaczyć wszystkie odpowiedzi, które Państwa dotyczą.** |
| 1.1Date questionnaire completed: | * 1. Data wypełnienia kwestionariusza: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 Która z poniższych opcji najlepiej opisuje Państwa?  Mężczyzna  Kobieta  Inne  Wolę nie deklarować |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 Czy jest to płać przypisana przy urodzeniu?  Nie  Tak  Wolę nie deklarować |
| * 1. Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | 1.4 Data urodzenia:  Dzień\_\_\_\_\_\_ Miesiąc \_\_\_\_\_\_\_ Rok \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 Religia:  Buddyzm  Chrześcijaństwo  Hinduizm  Judaizm  Islam  Sikh  Inna religia  Brak wyznania |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 Stan cywilny:  W związku małżeńskim/partner cywilny  Rozwiedziony/a  Wdowiec/Wdowa  Żadne z powyższych |
| 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. Orientacja seksualna   Heteroseksualna (pociąg do płci przeciwnej)  Homoseksualna (pociąg do tej samej płci)  Biseksualna (pociąg do mężczyzn i kobiet)  Wolę nie deklarować  Inne |
| 1.8 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | * 1. Główny używany język:  |  |  | | --- | --- | | Albański | Rosyjski | | Arabski | Tygrynia | | Dari | Ukraiński | | Angielski | Urdu | | Perski | Wietnamski | | Inne |  | |
| 1.9 Second spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | * 1. Drugi używany język:  |  |  | | --- | --- | | Albański | Rosyjski | | Arabski | Tygrynia | | Dari | Ukraiński | | Angielski | Urdu | | Perski | Wietnamski | | Inne | Brak | |
| 1.10Do you need an interpreter?  No  Yes | * 1. Czy potrzebny jest tłumacz?   Nie  Tak |
| 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. Czy wolą Państwo tłumacza płci męskiej czy żeńskiej? Należy pamiętać, że ze względu na ograniczenia w dostępności tłumaczy, nie zawsze będzie możliwe spełnienie Państwa preferencji.   Mężczyzna  Kobieta  Nie mam preferencji |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 Czy potrafią Państwo czytać w swoim własnym języku?  Nie  Tak  Mam trudności z czytaniem |
| 1.13Are you able to write in your own language?  No  Yes  I have difficulty writing | * 1. Czy potrafią Państwo pisać w swoim języku?   Nie  Tak  Mam trudności z pisaniem |
| 1.14Do you need sign language support?  No  Yes | * 1. Czy potrzebują Państwo wsparcia w zakresie języka migowego?   Nie  Tak |
| 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. Prosimy podać dane najbliższych krewnych i/lub osoby, z którą możemy się skontaktować w nagłym przypadku:  |  |  | | --- | --- | | Imię i nazwisko:  Numer telefonu kontaktowego:  Adres: | Członek najbliższej rodziny | | Imię i nazwisko:  Numer telefonu kontaktowego:  Adres: | Kontakt w nagłych wypadkach (jeśli jest to ktoś inny) | |
| Section two: Health questions | Część druga: Pytania dotyczące zdrowia |
| 2.1Are you currently feeling unwell or ill?  No  Yes | * 1. Czy obecnie czują się Państwo źle lub są chorzy?   Nie  Tak |
| 2.2Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | Czy potrzebują Państwo pilnej pomocy w zakresie zdrowia?  Nie  Tak |
| 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. Czy doznają Państwo którychś z poniższych objawów? *Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi*   Utrata wagi  Kaszel  Kasłanie krwią  Nocne poty  Ekstremalne zmęczenie  Problemy z oddychaniem  Gorączka  Biegunka  Dolegliwości skórne lub wysypki  Krew w moczu  Krew w stolcu  Ból głowy  Ból  Obniżony nastrój  Stany lękowe  Niepokojące retrospekcje lub koszmary  Problemy ze snem  Poczucie, że nie panują Państwo nad myślami i działaniami  Poczucie, że chcą Państwo zrobić sobie krzywdę lub odebrać życie  Inne |
| 2.4Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | * 1. Prosimy zaznaczyć na obrazie ciała obszar(y), w których aktualnie występują problemy zdrowotne |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| 2.5Do you have any known health problems that are ongoing?  No  Yes | * 1. Czy mają Państwo jakieś znane problemy zdrowotne, które się utrzymują?   Nie  Tak |
| 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. Czy cierpią Państwo (lub cierpieli) na któreś z poniższych schorzeń? Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi   Artretyzm  Astma  Choroby krwi  Anemia sierpowata  Talasemia  Nowotwór złośliwy  Problemy stomatologiczne  Cukrzyca  Padaczka  Problemy z oczami  Problemy z sercem  Wirusowe zapalenie wątroby typu B  Wirusowe zapalenie wątroby typu C  HIV lub AIDS  Wysokie ciśnienie krwi  Problemy z nerkami  Problemy z wątrobą  Długotrwałe problemy z płucami/trudności z oddychaniem  Problemy ze zdrowiem psychicznym  Zły nastrój/depresja  Stany lękowe  Zespołu stresu pourazowego (PTSD)  Historia samookaleczeń  Próba samobójcza  Inne  Osteoporoza  Choroba skóry  Udar  Choroba tarczycy  Gruźlica (TB)  Inne |
| 2.7Have you ever had any operations / surgery?  No  Yes | * 1. Czy przeszli Państwo jakiś zabieg/operację?   Nie  Tak |
| 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. Jeśli mieli zabieg/operację, jak dawno temu to było?   W ciągu ostatnich 12 miesięcy  Od 1 do 3 miesięcy temu  Ponad 3 lata temu |
| 2.9Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?  No  Yes | * 1. Czy odnieśli Państwo obrażenia fizyczne w wyniku wojny, konfliktu lub tortur?   Nie  Tak |
| 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. Czy mają Państwo jakieś problemy ze zdrowiem psychicznym? Mogą one wynikać z wojny, konfliktu, tortur lub zmuszenia do ucieczki z kraju.   Nie  Tak |
| 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. Niektóre problemy zdrowotne mogą powtarzać się w obrębie rodziny. Czy członek Państwa najbliższej rodziny (ojciec, matka, rodzeństwo lub dziadkowie) cierpiał na któreś z poniższych schorzeń? Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi   Nowotwór złośliwy  Cukrzyca  Depresja/choroba psychiczna  Zawał  Wysokie ciśnienie krwi  Udar  Inne |
| 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. Czy przyjmują Państwo regularnie inne leki?   Nie  Tak *– prosimy wpisać w polu poniżej leki i dawki przepisane*  ***Prosimy przynieść na wizytę wszelkie recepty i leki***   |  |  | | --- | --- | | *Nazwa* | *Dawka* | |  |  | |
| 2.13Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?  No  Yes | * 1. Czy martwią się Państwo, że w ciągu najbliższych kilku tygodni te leki się skończą?   Nie  Tak |
| 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. Czy przyjmują Państwo leki, które nie zostały przepisane przez pracownika służby zdrowia, np. leki, które kupili w aptece/sklepie/internecie lub które otrzymali z zagranicy?   Nie  Tak *– prosimy wpisać w polu poniżej przepisane leki i dawki*  ***Prosimy przynieść na wizytę wszelkie recepty i leki***   |  |  | | --- | --- | | *Nazwa* | *Dawka* | |  |  | |
| 2.15Are you allergic to any medicines?  No  Yes | * 1. Czy mają Państwo alergię na jakieś leki?   Nie  Tak |
| 2.16Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?  No  Yes | * 1. Czy mają Państwo alergię na coś innego? (np. żywność, użądlenia owadów, rękawiczki lateksowe)?   Nie  Tak |
| 2.17Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?  No  Yes | * 1. Czy mają Państwo jakąś niepełnosprawność fizyczną lub trudności w poruszaniu się?   Nie  Tak |
| 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. Czy mają Państwo jakieś ograniczenia dietetyczne? *Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi*   Nie  Osoby niewidzące  Częściowa utrata wzroku  Pełna utrata słuchu  Częściowa utrata słuchu  Problemy z zapachem i/lub smakiem |
| 2.19Do you have any learning difficulties?  No  Yes | * 1. Czy mają Państwo jakieś problemy z nauką?   Nie  Tak |
| 2.20Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?  No  Yes | * 1. Czy jest jakaś konkretna prywatna sprawa, którą chcą Państwo omówić/poruszyć podczas następnej wizyty u pracownika służby zdrowia?   Nie  Tak |
| Section three: Lifestyle questions | Część trzecia: Pytania dotyczące stylu życia |
| 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. Jak często piją Państwo alkohol?   Nigdy  Raz na miesiąc lub rzadziej  2-4 razy w miesiącu  2-3 razy w tygodniu  4 razy w tygodniu lub więcej  ***1 jednostce*** *alkoholu odpowiada:*    *½ szklanki piwa o objętości 0,5l*    *1 mały kieliszek wina (125ml)*     1. *miarka mocniejszego alkoholu* |
| * 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 | 3.2Ile jednostek alkoholu piją Państwo zazwyczaj w dni gdy piją alkohol?  0-2  3-4  5-6  7-9  10 lub więcej |
| * 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 | 3.3Jak często w ciągu ostatniego roku, przy jednej okazji wypili Państwo 6 lub więcej jednostek (dla kobiet) lub 8 lub więcej jednostek (dla mężczyzn)?  Nigdy  Rzadziej niż raz na miesiąc  Co miesiąc  Co tydzień  Codziennie lub prawie codziennie |
| * 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 | 3.4Czy przyjmują Państwo narkotyki, które mogą być szkodliwe dla zdrowia, np. konopie indyjskie, kokainę, heroinę?  Nigdy  Nie przyjmuję już szkodliwych narkotyków  Tak |
| * 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 | 3.5Czy palą Państwo papierosy?  Nigdy  Rzuciłem(-am) palenie  Tak  Papierosy  Ile dziennie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Od ilu lat Państwo palą? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tytoń    Czy chcą Państwo pomocy w rzuceniu palenia?  Tak  Nie |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6Czy żuje Pan(-i) tytoń?  Nigdy  Rzuciłem(-am) żuć tytoń  Tak |
| Section four: Vaccinations | Część czwarta: Szczepienia |
| 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. Czy w swoim kraju pochodzenia otrzymali Państwo wszystkie wymagane dla dzieci szczepienia?   ***Jeśli mają Państwo historię szczepień, prosimy przynieść ją na wizytę.***  Nie  Tak  nie wiem |
| 4.2Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?  No  Yes  I don’t know | * 1. Czy otrzymali Państwo szczepienie przeciwko gruźlicy (TB)?   Nie  Tak  nie wiem |
| 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. Czy otrzymali Państwo szczepienie przeciwko Covid-19?   Nie  Tak  1 dawka  2 dawki  3 dawki  Więcej niż 3 dawki  nie wiem |
| Section five: Questions for female patients only | Część piąta: Pytania wyłącznie dla pacjentek |
| 5.1Are you pregnant?  No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. Czy jest Pani w ciąży?   Nie  Mogę być w ciąży  Tak  W którym tygodniu ciąży jest Pani?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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. Czy stosuje Pani środki antykoncepcyjne?   Nie  Tak  Jakiej metody Pani używa?  Antykoncepcja barierowa *np. prezerwatywy, żel*  Doustna pigułka antykoncepcyjna  Spirala miedziana/wkładka domaciczna (IUD)  Spirala hormonalna/system wewnątrzmaciczny (IUS) *np. Mirena*  Zastrzyk antykoncepcyjny  Implant antykoncepcyjny  Inne |
| 5.3Do you urgently need any contraception?  No  Yes | * 1. Czy pilnie potrzebuje Pani antykoncepcji?   Nie  Tak |
| 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. Czy kiedykolwiek wykonano u Pani wymaz z szyjki macicy lub badanie wymazu? Jest to badanie sprawdzające stan szyjki macicy i pomagające zapobiegać rakowi szyjki macicy.   Nie  Tak  Chciałabym otrzymać więcej informacji. |
| 5.5Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?  No  Yes | * 1. Czy przeszła Pani histerektomię (operację usunięcia macicy i szyjki macicy)?   Nie  Tak |
| 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. Czy jest jakaś konkretna prywatna sprawa, którą chce Pani omówić/poruszyć podczas następnej wizyty u pracownika służby zdrowia?   Nie  Tak |
| 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. | Jeśli jest coś związanego ze zdrowiem Pani, czego nie chce wskazywać na tym formularzu, a chce omówić z lekarzem, prosimy zadzwonić do swojego lekarza rodzinnego i umówić wizytę |