|  |  |
| --- | --- |
| **English** | Portuguese |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Novo questionário para pacientes para migrantes recém-chegados ao Reino Unido |
| 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. | Todos têm o direito de se registrar em um médico de família. Você não precisa de comprovante de endereço, status de imigração, identidade ou número do NHS para se registrar em um médico de família. Este questionário se destina a recolher informações sobre a sua saúde para que os profissionais de saúde do seu consultório médico possam compreender que apoio, tratamento e serviços especializados pode necessitar, de acordo com as políticas de confidencialidade e partilha de dados do National Health Service.   O seu médico de família não divulgará qualquer informação que você forneça para outros fins que não os seus cuidados diretos, a menos que: você tenha consentido (por exemplo, para apoiar pesquisas médicas); ou seja obrigado a fazê-lo por lei (por exemplo, para proteger outras pessoas de lesões graves); ou porque existe um interesse público superior (por exemplo, se você sofre de uma doença transmissível). Mais informações sobre como o seu médico de família usará suas informações estão disponíveis no seu consultório de médico de família.Devolva suas respostas ao consultório do seu médico de família. |
| Section one: Personal details | Seção um: Dados pessoais |
| Full name: | Nome completo: |
| Address:  | Endereço:  |
| Telephone number: | Número de telefone: |
| Email address: | Endereço de e-mail: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Por favor, responda a todas as perguntas e marque todas as respostas que se aplicam a você.** |
| 1.1Date questionnaire completed:  | * 1. Data de preenchimento do questionário:
 |
| 1.2 Which of the following best describes you? [ ] Male [ ] Female [ ] Other [ ] Prefer not to say  | 1.2 Qual das seguintes opções melhor descreve você? [ ] Masculino [ ] Feminino [ ] Outro [ ] Prefiro não dizer  |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?[ ] No[ ] Yes[ ] Prefer not to say  | 1.3 Este é o mesmo sexo que você recebeu no nascimento?[ ] Não[ ] Sim[ ] Prefiro não dizer  |
| * 1. Date of birth: Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_
 | 1.4 Data de nascimento: Data\_\_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion: [ ] Buddhist [ ] Christian [ ] Hindu [ ] Jewish [ ] Muslim [ ] Sikh [ ] Other religion[ ] No religion | 1.5 Religião: [ ] Budista [ ] Cristão [ ] Hindu [ ] Judeu [ ] Muçulmano [ ] Sikh [ ] Outra religião[ ] Sem religião |
| 1.6 Marital status:[ ] Married/civil partner [ ] Divorced [ ] Widowed [ ] None of the above | 1.6 Estado civil:[ ] Casado/parceiro civil [ ] Divorciado [ ] Viúvo [ ] Nenhuma das opções acima |
| 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. Orientação sexual:

[ ] Heterossexual (atração pelo sexo oposto) [ ] Homossexual (atração pelo mesmo sexo) [ ] Bissexual (atração por homens e mulheres) [ ] Prefiro não dizer[ ] Outro |
| 1.8Main spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ] Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other |  |

 | * 1. Principal idioma falado:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanês | [ ] Russo |
| [ ] Árabe | [ ] Tigrínia |
| [ ] Dar | [ ] Ucraniano |
| [ ] Inglês | [ ] Urdu |
| [ ] Persa | [ ] Vietnamita |
| [ ] Outro |  |

 |
| 1.9 Second spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ]  Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other | [ ] None |

 | * 1. Segundo idioma falado:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanês | [ ]  Russo |
| [ ] Árabe | [ ] Tigrínia |
| [ ] Dar | [ ] Ucraniano |
| [ ] Inglês | [ ] Urdu |
| [ ] Persa | [ ] Vietnamita |
| [ ] Outro | [ ] Nenhum |

 |
| 1.10Do you need an interpreter? [ ] No [ ] Yes  | * 1. Você precisa de um intérprete?

[ ] Não [ ] Sim  |
| 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. Você prefere um intérprete masculino ou feminino? Esteja ciente de que a disponibilidade de intérpretes pode significar que nem sempre é possível atender às suas preferências.

[ ] Masculino[ ] Feminino[ ] Não me importo |
| 1.12 Are you able to read in your own language?[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty reading | 1.12 Você consegue ler no seu próprio idioma?[ ] Não[ ] Sim[ ] Tenho dificuldade para ler |
| 1.13Are you able to write in your own language?[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty writing | * 1. Você consegue escrever em seu próprio idioma?

[ ] Não[ ] Sim[ ] Tenho dificuldade para escrever |
| 1.14Do you need sign language support?[ ] No[ ] Yes | * 1. Você precisa de suporte de linguagem de sinais?

[ ] Não[ ] Sim |
| 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. Por favor, forneça detalhes de seus parentes mais próximos e/ou alguém que possamos contatar em caso de emergência:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:Número de telefone de contato:Endereço: | Descendente   |
| Nome:Número de telefone de contato:Endereço: | Contato de emergência (se diferente) |

 |
| Section two: Health questions | Seção dois: Perguntas de saúde |
| 2.1Are you currently feeling unwell or ill?[ ] No [ ] Yes | * 1. Você está se sentindo mal ou doente no momento?

[ ] Não [ ] Sim |
| 2.2Do you need an urgent help for your health problem?[ ] No [ ] Yes | Você precisa de ajuda urgente para seu problema de saúde?[ ] Não [ ] Sim |
| 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. Atualmente você tem algum dos seguintes sintomas? *Marque todas as opções aplicáveis*

[ ] Perda de peso[ ] Tosse[ ] Tossindo sangue[ ] Suores noturnos[ ] Cansaço extremo[ ] Problemas respiratórios[ ] Febres[ ] Diarreia[ ] Problemas de pele ou erupções cutâneas[ ] Sangue na urina[ ] Sangue nas fezes[ ] Dor de cabeça[ ] Dor[ ] Mau humor[ ] Ansiedade[ ] Flashbacks ou pesadelos angustiantes[ ] Dificuldade para dormir[ ] Sente que não consegue controlar seus pensamentos ou ações[ ] Sente que quer se machucar ou desistir da vida[ ] Outro |
| 2.4Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)  | * 1. Por favor, marque na imagem corporal a(s) área(s) onde você está enfrentando seu(s) problema(s) de saúde atual(is)
 |



|  |  |
| --- | --- |
| 2.5Do you have any known health problems that are ongoing?[ ] No[ ] Yes | * 1. Você tem algum problema de saúde conhecido que esteja em andamento?

[ ] Não[ ] Sim |
| 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. Você tem ou já teve algum dos seguintes sintomas? Marque todas as opções aplicáveis

[ ] Artrite[ ] Asma[ ] Doença sanguínea [ ] Anemia falciforme [ ] Talassemia[ ] Câncer[ ] Problemas dentários[ ] Diabetes[ ] Epilepsia[ ] Problemas oculares[ ] Problemas cardíacos[ ] Hepatite B[ ] Hepatite C[ ] HIV ou AIDS[ ] Pressão arterial elevada[ ] Problemas renais[ ] Problemas hepáticos[ ] Problemas pulmonares/dificuldades respiratórias de longa duração [ ] Problemas de saúde mental [ ] Mau humor/depressão[ ] Ansiedade[ ] Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)[ ] Já se machucou anteriormente[ ] Tentativa de suicídio[ ] Outro [ ] Osteoporose[ ] Doença de pele[ ] AVC[ ] Doença da tireoide [ ] Tuberculose (TB)[ ] Outro  |
| 2.7Have you ever had any operations / surgery?[ ] No[ ] Yes | * 1. Você já fez alguma operação/cirurgia?

[ ] Não[ ] Sim |
| 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. Se você fez uma operação/cirurgia, há quanto tempo foi isso?

[ ]  Nos últimos 12 meses[ ]  1 – 3 anos atrás[ ]  Há mais de 3 anos |
| 2.9Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?[ ] No[ ] Yes | * 1. Você sofreu algum ferimento físico causado por guerra, conflito ou tortura?

[ ] Não[ ] Sim |
| 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. Você tem algum problema de saúde mental? Isso pode ter sido causado por guerra, conflito, tortura ou ser forçado a fugir do seu país?

[ ] Não[ ] Sim |
| 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. Alguns problemas médicos podem ocorrer em famílias. Algum membro da sua família imediata (pai, mãe, irmãos e avós) teve ou sofreu de alguma das seguintes situações? Marque todas as opções aplicáveis

[ ] Câncer[ ] Diabetes[ ] Depressão/doença mental[ ] Ataque cardíaco[ ] Pressão arterial elevada[ ] AVC[ ] Outro  |
| 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. Você está tomando algum medicamento prescrito?

[ ] Não [ ] Sim – liste os medicamentos prescritos e doses na caixa abaixo***Por favor, traga todas as receitas ou medicamentos para sua consulta***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nome*  | *Dose* |
|  |  |

 |
| 2.13Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks? [ ] No [ ] Yes  | * 1. Você está preocupado com a possibilidade de ficar sem esses medicamentos nas próximas semanas?

[ ] Não [ ] Sim  |
| 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. Você toma algum medicamento que não tenha sido prescrito por um profissional de saúde, por exemplo, medicamentos que você comprou em uma farmácia/loja/na internet ou que recebeu do exterior?

[ ] Não [ ] Sim – liste os medicamentos e as doses na caixa abaixo***Por favor, traga todos os medicamentos para sua consulta***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nome*  | *Dose* |
|  |  |

 |
| 2.15Are you allergic to any medicines?[ ] No [ ] Yes  | * 1. Você é alérgico a algum medicamento?

[ ] Não [ ] Sim  |
| 2.16Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? [ ] No[ ] Yes | * 1. Você é alérgico a mais alguma coisa? (por exemplo, alimentos, picadas de insetos, luvas de látex)?

[ ] Não[ ] Sim |
| 2.17Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? [ ] No[ ] Yes | * 1. Você tem alguma deficiência física ou dificuldade de locomoção?

[ ] Não[ ] Sim |
| 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. Você tem alguma deficiência sensorial? *Marque todas as opções aplicáveis*

[ ] Não[ ] Cegueira[ ] Perda parcial de visão[ ] Perda auditiva total [ ] Perda auditiva parcial[ ] Problemas de olfato e/ou paladar |
| 2.19Do you have any learning difficulties?[ ] No[ ] Yes | * 1. Você tem alguma dificuldade de aprendizagem?

[ ] Não[ ] Sim |
| 2.20Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? [ ] No[ ] Yes | * 1. Há algum assunto específico que você gostaria de discutir/levantar em sua próxima consulta com um profissional de saúde?

[ ] Não[ ] Sim |
| Section three: Lifestyle questions | Seção três: Perguntas sobre estilo de vida |
| 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. Com que frequência você bebe álcool?

 [ ] Nunca [ ] Mensalmente ou menos[ ] 2 a 4 vezes por mês[ ] 2 a 3 vezes por semana[ ] 4 ou mais vezes por semana*Existe* ***1 unidade*** *de álcool em:**½ caneca de cerveja* *1 taça pequena de vinho* 1. *única medida de bebidas destiladas*
 |
| * 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 | 3.2Quantas unidades de álcool você bebe em um dia normal quando está bebendo? [ ] 0-2[ ] 3-4[ ] 5-6[ ] 7-9[ ] 10 ou mais |
| * 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 | 3.3Com que frequência você tomou 6 ou mais unidades se for mulher, ou 8 ou mais se for homem, em uma única ocasião no último ano?[ ] Nunca[ ] Menos que mensalmente[ ] Mensalmente[ ] Semanalmente[ ] Diariamente ou quase diariamente |
| * 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 | 3.4Você consome alguma droga que possa ser prejudicial à sua saúde, por exemplo? Maconha, cocaína, heroína? [ ] Nunca[ ] Parei de consumir drogas que podem ser prejudiciais [ ] Sim |
| * 1. Do you smoke?

[ ] Never [ ] I have quit smoking[ ] Yes [ ] CigarettesHow many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ How many years have you smoked for?\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tobacco Would you like help to stop smoking? [ ] Yes [ ] No | 3.5Você fuma? [ ] Nunca [ ] Parei de fumar[ ] Sim [ ] CigarrosQuantos por dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Há quantos anos você fuma?\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tabaco Gostaria de ajuda para parar de fumar? [ ] Sim [ ] Não |
| * 1. Do you chew tobacco?

[ ] Never[ ] I have quit chewing tobacco[ ] Yes | 3.6Você masca tabaco?[ ] Nunca[ ] Parei de mascar tabaco [ ] Sim |
| Section four: Vaccinations | Seção quatro: Vacinas |
| 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. Você já tomou todas as vacinas infantis oferecidas em seu país de origem?

***Se você tiver um registro do seu histórico de vacinação, traga-o na consulta.***[ ] Não[ ] Sim[ ] Não sei |
| 4.2Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | * 1. Você foi vacinado contra a tuberculose (TB)?

[ ] Não[ ] Sim[ ] Não sei |
| 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. Você foi vacinado contra COVID-19?

[ ] Não[ ] Sim [ ] 1 dose[ ] 2 doses[ ] 3 doses[ ] Mais de 3 doses[ ] Não sei |
| Section five: Questions for female patients only | Seção cinco: Perguntas apenas para pacientes do sexo feminino |
| 5.1Are you pregnant?[ ] No[ ] I might be pregnant[ ] YesHow many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. Você está grávida?

[ ] Não[ ] Posso estar grávida[ ] SimCom quantas semanas de gravidez você está?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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. Você usa anticoncepcionais?

[ ] Não [ ] Sim Qual método você usa?[ ] Contracepção de barreira, por exemplo, preservativos, gel [ ] Pílula anticoncepcional oral[ ] Bobina de cobre/dispositivo intrauterino (DIU)[ ] Bobina hormonal/sistema intrauterino (SIU), por exemplo, Mirena[ ] Injeção anticoncepcional[ ] Implante anticoncepcional[ ] Outro |
| 5.3Do you urgently need any contraception?[ ] No [ ] Yes | * 1. Você precisa urgentemente de algum contraceptivo?

[ ] Não [ ] Sim |
| 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. Você já fez um esfregaço cervical ou um teste de esfregaço? Este é um teste para verificar a saúde do colo do útero e ajudar a prevenir o câncer cervical.

[ ] Não[ ] Sim[ ] Gostaria de receber mais informações |
| 5.5Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?[ ] No[ ] Yes | * 1. Você fez uma histerectomia (operação para remover o útero e o colo do útero)?

[ ] Não[ ] Sim |
| 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. Como paciente do sexo feminino, há algum assunto particular que você gostaria de discutir/abordar em sua próxima consulta com um profissional de saúde?

[ ] Não[ ] Sim |
| 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. | Se houver algo que você não se sinta confortável em compartilhar neste formulário e gostaria de discutir o assunto com um médico, ligue para seu médico de família e marque uma consulta. |