|  |  |
| --- | --- |
| **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) |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| 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  Cigarettes  How 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  Cigarros  Quantos 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  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. Você está grávida?   Não  Posso estar grávida  Sim  Com 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. |