|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **پنجابی Punjabi** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | UK وچ داخل ہون آلے نویں تارکینِ وطن لئی مریض دا سوالناواں: بال اتے جوان لوکیں |
| 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. | *ہر شخص* GP *وچ رجسٹر ہون دا حق رکھدا اے۔ تہانوں* GP *وچ رجسٹر ہون لئی پتے، امیگریشن اسٹیٹس،* ID *یا کسے* NHS *نمبر دا ثبوت دین دی لوڑ نئیں اے*  ایہہ سوالناواں بالاں دی صحت بارے جانکاری جمع کرن لئی اے تاں جے تہاڈی GP پریکٹس دے صحت دے ماہر سمجھ سکن کہ ملکی صحت دی خدمت (National Health Service) دی رازداری اتے ڈیٹا نوں سانجھا کرن دی پالیسیاں دے مطابق اوہناں نوں کیہڑی معاونت، علاج اتے مخصوص خدمتاں دی لوڑ ہو سکدی اے۔  **18 سال توں گھٹ عمر سمجھدار نوعمر نوجوان اپنے لیے بالغ ورژن خود مکمل کر سکدے نیں۔**  *تہاڈی* GP *تہاڈی براہ راست نگہداشت دے مقصداں توں علاوہ کسے مقصد لئی تہاڈی دتی گئی جانکاری نوں سانجھا نئیں کرے گی ماسوائے: تسی رضامندی دتی ہووے (جیویں طبی تحقیق دی معاونت لئی)؛ یا اوہناں نوں قنون دے تحت ایداں کرن دی لوڑ ہووے (جیویں دوجے لوکاں نوں شدید خطرے توں بچانا ہووے)؛ یا مفاد عامہ لئی انتہائی اہم ہووے (جیویں تسی کسے متعدی بماری وچ مبتلا او)۔ تہاڈی* GP *تہاڈی جانکاری نوں کیداں ورتے گی، ایس بارے ہور جانکاری تہاڈی* GP *پریکٹس تے موجود اے۔*    اپنے جواباں نوں اپنی GP پریکٹس نوں واپس بھیجو۔ |
| Person completing | فارم مکمل کرنا آلا شخص |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | ایس فارم نوں کون مکمل کر رہیا اے:  بال دی ماں/دا پیو  بال دا قنونی سرپرست/نگہداشت کار |
| Section one: Personal details | پہلا حصہ: ذاتی تفصیلاں |
| Child’s full name: | بال دا مکمل ناں: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | بال دی تریخِ پیدائش:  تریخ\_\_\_\_\_\_ مہینہ \_\_\_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | بال دا پتہ: |
| Mother’s name: | ماں دا ناں: |
| Father’s name: | پیو دا ناں: |
| Contact telephone number(s): | رابطے لئی ٹیلیفون نمبر (نمبرز): |
| Email address: | ای میل ایڈریس: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **میربانی کر کے اوہناں سارے جوابی خانیاں تے نشان لاؤ جیناں دا تہاڈے بال تے اطلاق ہوندا اے۔** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | * 1. کیہڑی جنس نال تہاڈے بال دی بہترین نمائندگی ہوندی اے:   بندہ  زنانی  کوئی ہور  نہ دسنا ترجیح اے |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 مذہب:  بدھ مت  عیسائی  ہندو  یہودی  مسلمان  سِکھ  ہور مذہب  کوئی مذہب نئیں |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 بول چال دی مڈھلی بولی:   |  |  | | --- | --- | | البانی | روسی | | عربی | تیگرینیا | | دری | یوکرینی | | انگریزی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | کوئی ہور |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | * 1. بول چال دی دوجی بولی:  |  |  | | --- | --- | | البانی | روسی | | عربی | تیگرینیا | | دری | یوکرینی | | انگریزی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | کوئی ہور | کوئی نئیں | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں مترجم دی لوڑ اے؟   جی ہاں  جی نئیں |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں اشاریاں دی بولی وچ معاونت دی لوڑ اے؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 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. UK وچ ایس ویلے اوس گھر وچ کون رہائش پذیر اے جِتھے تہاڈا بال رہندا اے؟   ماں  پیو  بَھرا  اوہناں دی تعداد کِنی اے؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  اوہناں دی عمر (عمراں) کیہ نیں؟\_\_\_\_\_\_\_\_  بھین (بھیناں)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  اوہناں دی تعداد کِنی اے؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  اوہناں دی عمر (عمراں) کیہ نیں؟ \_\_\_\_\_\_\_  کوئی ہور  اوہناں دی تعداد کِنی اے؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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. کیہ تہاڈا بال نرسری یا اسکول جاندا اے؟   جی نئیں  میرا بال اجے 2 سال توں گھٹ عمر دا اے  اسی داخلے لئی درخواست دتی اے پر ہالے تیکر کسے نرسری/اسکول وچ داخل نئیں کیتا گیا  میں ایس بارے جانکاری لینا چاہندا/چاہندی آں کہ مینوں نرسری یا اسکول وچ داخلے لئی درخواست دین وچ معاونت کِتھوں لبھ سکدی اے  جی ہاں – *میربانی کر کے نرسری یا اسکول دا ناں دسو* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | دوجا حصہ: صحت توں متعلق سوالات |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | * 1. کیہ تہانوں اپنے بال توں متعلق کوئی خدشے لاحق نیں؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | * 1. کیہ ایس ویلے تہاڈے بال دی طبیعت خراب اے یا اوہ بمار اے؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں صحت دے رولے دے کارن چھیتی مدد دی لوڑ اے؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیہ موجودہ طور تے تہاڈے بال وچ تھلے دتیاں وچوں کوئی علامتاں پائیاں جاندیاں نیں؟ میربانی کر کے سارے قابل اطلاق تے نشان لاؤ   بھار وچ گھاٹا  کھنگ  کھنگ وچ لہو آونا  سوتے ہوئے مُڑکا آونا  شدید تھکاوٹ  ساہ لین وچ اوکڑاں  تاپ  دست  قبض  جلدی مرضاں یا دھپڑ  اوہناں دے پیشاب وچ لہو آونا  اوہناں دے پاخانے وچ لہو آونا  سر دی پیڑ  تکلیف  افسردگی  اضطراب  پریشان کرن آلیاں یاداں یا ڈراؤنے سپنے  سون وچ اوکڑاں  ایداں محسوس کرنا کہ اوہ خود نوں نقصان پہنچانا چاہندے نیں یا حیاتی توں بیزار نیں  کوئی ہور |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | * 1. میربانی کر کے جثے دی تصویر تے اوس حصے (حصاں) تے نشان لاؤ جِتھے اوہ موجودہ طور تے اپنی صحت دے رولے (رولیاں) دا شکار نیں |

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 | * 1. کیہ تہاڈے بال دی پیدائش ویلے توں پہلاں ہوئی سی (چھتی پیدائش ہوئی – حمل دے 37 ہفتیاں/8.5 مہینیاں توں پہلاں ہوئی)؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں پیدائش توں بعد فوری طور تے صحت دا کوئی رولا لاحق ہویا سی جیویں ساہ لین وچ اوکڑاں، انفیکشن، دماغی چوٹ؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. **صرف نومولود بالاں لئی (3 مہینے دی عمر تیکر):** کیہ تہاڈے بال دی پیدائش توں بعد GP (ڈاکٹر) ولوں 6-8 ہفتیاں وچ معائنہ کیتا گیا سی؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈا بال صحت دے کسے وی قسم دے معلوم رولیاں دا شکار اے؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں تھلے دتیاں بماریاں وچوں کوئی لاحق اے؟ میربانی کر کے ساریاں قابل اطلاق تے نشان لاؤ   دمہ  لہو دا مرض  لہو دے رتے خلیاں دی شکل دا مرض  تھیلیسیمیا  کینسر  دنداں دے رولے  شوگر  مرگی  اکھاں دے رولے  کَناں، نَک یا گلہ  دل دیاں مرضاں  ہیپاٹائٹس B  ہیپاٹائٹس C  HIV  گُردیاں دے رولے  جگر دے رولے  ذہنی صحت دے رولے  افسردگی/ڈپریشن  اضطراب  صدمہ توں بعد دے تناؤ دا مرض (Post-traumatic stress disorder، PTSD)  ماضی وچ خود نوں نقصان پہنچایا  خودکشی دی کوشش کیتی  کوئی ہور  جلدی مرضاں  تھائی رائیڈ دی بماری  تپ دق (TB)  کوئی ہور |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈے بال دا کدی وی کوئی آپریشن ہویا / کوئی سرجری ہوئی؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں جنگ، لڑائی یا تشدد دے نتیجے توں کسے جسمانی چوٹ سامنا کرنا پیا اے؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں ذہنی صحت دے کوئی رولے لاحق نیں؟ ایہہ کسے جنگ، لڑائی، تشدد یا زبردستی ملک بدری دے نتیجے توں ہو سکدے نیں؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں کوئی جسمانی معذوری یا ٹرن پھرن وچ اوکڑاں دا سامنا اے؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیہ تہاڈابال کسے حِسی خرابی وچ مبتلا اے؟ میربانی کر کے ساری قابل اطلاق تے نشان لاؤ   جی نئیں  نابینا پن  نظر دی جزوی خرابی  مکمل بولا پن  جزوی طور تے گھٹ سننا  سُنگھن اتے/یا چَکھن دے رولے |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈے خیال وچ تہاڈا بال سکھن دی معذوری یا رویے تے مبنی رولے دا شکار اے؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | * 1. کیہ تسی اپنے بال دی بڑھوتری جیویں اوہدے بھار/قد توں متعلق کوئی خدشے لاحق نیں؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | * 1. **صرف نِکے بالاں لئی:** کیہ تہاڈا بال دودھ پین توں متعلق کسے رولے دا شکار اے جیویں الٹی کرنا، متلی آونا، دودھ پین توں انکار کرنا؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیہ بال دے قریبی ٹبر وچوں کوئی شخص (پیو، ماں، بھین بھرا اتے دادا/دادی) تھلے دتیاں وچوں کسے وچ مبتلا سی یا رہیا اے؟   دمہ  کینسر  ڈپریشن/ذہنی صحت دا مرض  شوگر  دل دا دورہ  ہیپاٹائٹس B  ودھ بلڈ پریشر  HIV  سکھن دی معذوری  فالج  تپ دق (TB)  کوئی ہور |
| * 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* | |  |  | | * 1. کیہ تہاڈا بال کوئی نسخہ جاتی دوائیاں ورت رہیا اے؟   جی نئیں  جی ہاں *– میربانی کر کے اوہناں دوائیاں اتے خوراکاں نوں تھلے دتے گئے خانے وچ درج کرو، جیہڑیاں تہاڈے بال لئی تجویز کیتیاں گئیاں نیں*  ***میربانی کر کے اپنے بال دی اپائنٹمنٹ تے کسے وی قسم دے نسخے یا دوائیاں نال لے کے آؤ***   |  |  | | --- | --- | | *خوراک* | *ناں* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | * 1. کیہ تسی اگلے کجھ ہفتیاں وچ اوہناں دوائیاں دے مُک جان بارے پریشان او؟   جی نئیں  جی ہاں |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 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* | |  |  | | * 1. کیہ تہاڈا بال کوئی ایداں دیاں دوائیاں لیندا اے جیہڑیاں صحت دے ماہر ولوں تجویز کیتیاں نئیں نیں جیویں اوہ دوائیاں جیہڑیاں تسی فارمیسی/دکان/انٹرنیٹ یا باہرلے ملک توں منگوائیاں ہون؟   جی نئیں  جی ہاں *– میربانی کر کے اوہ دوائیاں اتے خوراکاں تھلے دتے گئے خانے وچ درج کرو*  ***میربانی کر کے اپنے بال دی اپائنٹمنٹ تے کسے وی قسم دیاں دوائیاں نال لے کے آؤ***   |  |  | | --- | --- | | *خوراک* | *ناں* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں کسے دوائی توں الرجی اے؟   جی نئیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں کسے ہور شے توں الرجی اے؟ (جیویں کسے خوراک، کِیڑے مکوڑے دے کٹن توں، لیٹیکس دستانیاں توں)؟   جی نئیں  جی ہاں |
| Section three: Vaccinations | تیجا حصہ: ویکسینیشنز |
| * 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 | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں اوہدی عمر دے حساب توں اوہدے آبائی ملک وچ بچپن دے سارے حفاظتی ٹیکے لوائے گئے سی؟   ***جے تہاڈے کول حفاظتی ٹیکیاں دا ریکارڈ موجود اے، تاں میربانی کر کے اپنی اپائنٹمنٹ تے اوہناں نوں نال لے کے آؤ۔***  جی نئیں  جی ہاں  مینوں معلوم نئیں |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں تپ دق (TB) دا ٹیکہ لگ چُکیا اے؟   جی نئیں  جی ہاں  مینوں معلوم نئیں |
| * 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 | * 1. کیہ تہاڈے بال نوں COVID-19 دا ٹیکہ لگ چُکیا اے؟   جی نئیں  جی ہاں  1 خوراک  2 خوراکاں  3 خوراکاں  3 توں ودھ خوراکاں  مینوں معلوم نئیں |
| 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 | جے تہاڈے بال دی صحت توں متعلق کوئی ایداں دی گل اے جیہڑی تسی ایس فارم وچ سانجھا کرن تے جھجھک محسوس کردے او اتے تسی اوہنوں ڈاکٹر نال سانجھا کرنا چاہندے او، تاں میربانی کر کے اپنی GP نوں کال کرو اتے اپائنٹمنٹ طے کرواؤ |