|  |  |
| --- | --- |
| English | Romanian |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | Chestionar pentru pacienți destinat imigranților nou sosiți în Marea Britanie: copii și tineri |
| 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. | Orice persoană are dreptul de a se înregistra la un medic de familie. Nu aveți nevoie de dovada adresei, a statutului de imigrant, de actul de identitate sau de un număr NHS pentru a vă înscrie la un medic de familie.  Acest chestionar are rolul de a obține informații despre starea de sănătate a copiilor, astfel încât cadrele medicale de la cabinetul dvs. de medicină de familie să poată înțelege de ce tip de sprijin, tratament și servicii specializate ar putea avea nevoie, în conformitate cu politicile de confidențialitate și de partajare a datelor ale Serviciului Național de Sănătate (NHS).  **Tinerii capabili cu vârsta sub 18 ani pot completa singuri versiunea pentru adulți.**  Medicul dvs. de familie nu va dezvălui nicio informație pe care o furnizați în alte scopuri decât îngrijirea dvs. directă, cu excepția cazului în care: v-ați dat consimțământul (de ex., pentru a sprijini cercetarea medicală); sau este obligat să facă acest lucru prin lege (de ex., pentru a proteja alte persoane de vătămări grave); sau pentru că există un interes public superior (de ex., suferiți de o boală transmisibilă). Informații suplimentare despre modul în care medicul dvs. de familie va utiliza datele dvs. sunt disponibile la cabinetul dvs. de medicină de familie.    Dați răspunsurile la cabinetul medicului dvs. de familie. |
| Person completing | Persoana care completează |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | Cine completează acest formular:  Părintele copilului  Tutorele legal/îngrijitorul copilului |
| Section one: Personal details | Secțiunea unu: Date personale |
| Child’s full name: | Numele complet al copilului: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | Data de naștere a copilului:  Data \_\_\_\_\_\_ Luna \_\_\_\_\_\_\_ Anul \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | Adresa copilului: |
| Mother’s name: | Numele mamei: |
| Father’s name: | Numele tatălui: |
| Contact telephone number(s): | Număr(e) de telefon de contact: |
| Email address: | Adresa de e-mail: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **Vă rugăm să bifați toate căsuțele de răspuns care se aplică copilului dvs.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1Care dintre următoarele descriu cel mai bine copilul dvs.:  Sex masculin  Sex feminin  Altele  Prefer să nu menționez |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 Religie:  Budistă  Creștină  Hindusă  Iudaică  Musulmană  Sikh  Altă religie  Fără religie |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 Limba principală vorbită:   |  |  | | --- | --- | | Albaneză | Rusă | | Arabă | Tigrină | | Dari | Ucraineană | | Engleză | Urdu | | Persană | Vietnameză | | Altele |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4A doua limbă vorbită:   |  |  | | --- | --- | | Albaneză | Rusă | | Arabă | Tigrină | | Dari | Ucraineană | | Engleză | Urdu | | Persană | Vietnameză | | Altele | Niciuna | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5Copilul dvs. are nevoie de un interpret?  Da  Nu |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6Copilul dvs. are nevoie de asistență în limbajul semnelor?  Nu  Da |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7Ce persoane locuiesc în aceeași gospodărie cu copilul dvs. acum în Marea Britanie?  Mama  Tatăl  Frate(ți)  Câți? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ce vârstă(e) are(au)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Soră(surori)  Câte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ce vârstă(e) are(au)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Altele  Câte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8Copilul dvs. merge la grădiniță sau la școală?  Nu  Copilul meu are vârsta mai mică de 2 ani  Am aplicat pentru un loc, dar nu ni s-a alocat încă o creșă/școală  Aș dori informații despre unde pot obține sprijin pentru a solicita un loc la grădiniță sau la școală  Da - *vă rog să precizați numele grădiniței sau al școlii* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | Secțiunea doi: Întrebări referitoare la sănătate |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1Aveți vreo îngrijorare cu privire la copilul dvs.?  Nu  Da |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2Copilul dvs. nu se simte bine sau este bolnav în prezent?  Nu  Da |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3Copilul dvs. are nevoie de asistență urgentă pentru o problemă de sănătate?  Nu  Da |
| * 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 | 2.4Are copilul dvs. în prezent oricare dintre următoarele simptome? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică  Pierderea greutății  Tuse  Tuse cu sânge  Transpirații nocturne  Oboseală extremă  Probleme de respirație  Stări febrile  Diaree  Constipație  Afecțiuni ale pielii sau erupții cutanate  Sânge în urină  Sânge în materiile fecale  Durere de cap  Durere  Stare de spirit scăzută  Anxietate  Flashback-uri sau coșmaruri tulburătoare  Dificultate la a dormi  Sentimentul că vrea să își facă rău sau să renunțe la viață  Altele |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5Vă rugăm să marcați pe imaginea corpului zona(le) în care se confruntă cu problema(le) actuală(le) de sănătate |

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 | 2.6Copilul dvs. s-a născut prematur (naștere prematură - înainte de 37 săptămâni/8,5 luni de sarcină)?  Nu  Da |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7A avut copilul dvs. probleme de sănătate la scurt timp după naștere, de ex., probleme respiratorii, infecții, leziuni cerebrale?  Nu  Da |
| * 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 | **2.8Numai pentru nou-născuți (până la 3 luni):** Copilul dvs. a fost supus unui control de sănătate la 6-8 săptămâni după naștere de către un medic de familie?  Nu  Da |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9Are copilul dvs. probleme de sănătate cunoscute?  Nu  Da |
| * 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 | 2.10Suferă copilul dvs. de vreuna dintre următoarele afecțiuni? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică  Astm  Afecțiuni ale sângelui  Siclemie  Talasemie  Cancer  Afecțiuni dentare  Diabet  Epilepsie  Afecțiuni oculare  Urechi, nas sau gât  Afecțiuni cardiace  Hepatita B  Hepatita C  HIV  Afecțiuni legate de rinichi  Afecțiuni legate de ficat  Afecțiuni legate de sănătatea mintală  Stare de spirit scăzută/depresie  Anxietate  Tulburare de stres posttraumatic (PTSD)  Auto-vătămare în trecut  Tentativă de sinucidere  Altele  Boală de piele  Boala tiroidiană  Tuberculoză (TB)  Altele |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11A suferit vreodată copilul dvs. vreo operație / intervenție chirurgicală?  Nu  Da |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12Are copilul dvs. răni fizice cauzate de război, situații de conflict sau tortură?  Nu  Da |
| * 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 | 2.13Are copilul dvs. probleme legate de sănătatea mintală? Acestea ar putea fi cauzate de război, situații de conflict, tortură sau de faptul că ați fost forțat(ă) să vă părăsiți țara?  Nu  Da |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14Are copilul dvs. vreun handicap fizic sau dificultăți de mobilitate?  Nu  Da |
| * 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 | 2.15Are copilul dvs. vreo deficiență senzorială? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică  Nu  Orbire  Pierderea parțială a vederii  Pierderea completă a auzului  Pierderea parțială a auzului  Probleme legate de miros și/sau gust |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | 2.16Credeți că copilul dvs. are dificultăți de învățare sau probleme de comportament?  Nu  Da |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | 2.17Aveți vreo îngrijorare cu privire la dezvoltarea copilului dvs., de ex., greutatea/înălțimea lui?  Nu  Da |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | **2.18Numai pentru bebeluși:** Se confruntă copilul dvs. cu probleme de hrănire, de ex., vărsături, reflux, refuză laptele?  Nu  Da |
| * 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 | 2.19Un membru al familiei copilului dvs. apropiate (tată, mamă, frați și bunici) a avut sau a suferit de una dintre următoarele afecțiuni?  Astm  Cancer  Depresie/boală de sănătate mintală  Diabet  Atac de cord  Hepatita B  Tensiune arterială ridicată  HIV  Dificultăți de învățare  Accident vascular cerebral  Tuberculoză (TB)  Altele |
| * 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* | |  |  | | 2.20Copilul dvs. ia vreun medicament prescris?  Nu  Da *- vă rugăm să enumerați medicamentele prescrise ale copilului dvs. și dozele în căsuța de mai jos*  ***Vă rugăm să aduceți toate rețetele sau medicamentele la programarea copilului dvs.***   |  |  | | --- | --- | | *Denumire* | *Doză* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.21Vă faceți griji că veți rămâne fără aceste medicamente în următoarele câteva săptămâni?  Nu  Da |
| * 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* | |  |  | | 2.22Ia copilul dvs. medicamente care nu au fost prescrise de un profesionist din domeniul sănătății, de ex., medicamente cumpărate de la o farmacie/un magazin/pe internet sau livrate din străinătate?  Nu  Da *- vă rugăm să enumerați medicamentele și dozele în căsuța de mai jos*  ***Vă rugăm să aduceți toate medicamentele la programarea copilului dvs.***   |  |  | | --- | --- | | *Denumire* | *Doză* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | 2.23Are copilul dvs. alergie la vreun medicament?  Nu  Da |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.24Are copilul dvs. alergie la altceva? (de ex., alimente, înțepături de insecte, mănuși din latex)?  Nu  Da |
| Section three: Vaccinations | Secțiunea trei: Vaccinări |
| * 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 | 3.1A făcut copilul dvs. toate vaccinurile pentru copii oferite în țara de origine conform vârstei sale?  ***Dacă aveți o fișă cu istoricul vaccinărilor, vă rugăm să o aduceți la programare.***  Nu  Da  Nu știu |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2A fost copilul dvs. vaccinat împotriva tuberculozei (TB)?  Nu  Da  Nu știu |
| * 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 | 3.3A fost copilul dvs. vaccinat împotriva COVID-19?  Nu  Da  1 doză  2 doze  3 doze  Mai mult de 3 doze  Nu știu |
| 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 | Dacă există ceva legat de sănătatea copilului dvs. ce nu doriți să împărtășiți în acest formular și doriți să discutați cu un medic, vă rugăm să vă sunați medicul de familie și să faceți o programare. |