|  |  |
| --- | --- |
| English | **Slovak** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | Dotazník pre nových pacientov, ktorí migrujú do Spojeného kráľovstva – deti a mládež |
| 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. | Každý má právo na lekársku starostlivosť. Ak sa chcete zaregistrovať u lekára, nemusíte zadávať adresu, štatút migranta číslo OP alebo číslo NHS (National Health Service – Štátna zdravotná služba)  Dotazník zhromažďuje informácie o zdravotnom stave dieťaťa, aby zdravotnícki pracovníci v ambulancii mohli posúdiť, akú liečbu a odborné služby môžete potrebovať v súlade so zásadami dôvernosti a ochrany osobných údajov Štátnej zdravotnej služby.  **Spôsobilí ľudia mladší ako 18 rokov môžu vyplniť verziu dotazníka pre dospelých.**  Váš všeobecný lekár nesprístupní žiadne informácie, ktoré mu poskytnete, na iné účely ako na priamu starostlivosť o vás, pokiaľ: ste s tým nesúhlasili (napr. na účely lekárskeho výskumu) alebo to od neho vyžaduje zákon (napr. na ochranu iných osôb pred vážnou ujmou), alebo preto, že existuje nadradený verejný záujem (napr. môžete prenášať ochorenie). Bližšie informácie o tom, ako váš všeobecný lekár použije osobné údaje, získate v ambulancii.    Odpovede odovzdajte v ambulancii všeobecného lekára. |
| Person completing | Osoba, ktorá vypĺňa dotazník |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | Dotazník vypĺňa:  Rodič dieťaťa  Opatrovateľ/právny zástupca dieťaťa |
| Section one: Personal details | Prvá časť: Osobné údaje |
| Child’s full name: | Meno a priezvisko dieťaťa: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | Dátum narodenia dieťaťa:  Deň \_\_\_\_\_\_ Mesiac \_\_\_\_\_\_\_ Rok \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | Adresa dieťaťa: |
| Mother’s name: | Meno matky: |
| Father’s name: | Meno otca: |
| Contact telephone number(s): | Telefónne číslo(-a): |
| Email address: | E-mailová adresa: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **Označte všetky odpovede týkajúce sa vášho dieťaťa.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1Ktorá z nasledujúcich možností najpresnejšie vystihuje vaše dieťa:  Muž  Žena  Iné  Nechcem uviesť |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 Vierovyznanie:  Budhizmus  Kresťanstvo  Hinduizmus  Judaizmus  Islam  Sikh  Iné vierovyznanie  Bez vierovyznania |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 Primárny jazyk:   |  |  | | --- | --- | | Albánčina | Ruština | | Arabčina | Tigriňa | | Dari | Ukrajinčina | | Angličtina | Urdu | | Perzština | Vietnamčina | | Iný |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4Sekundárny jazyk:   |  |  | | --- | --- | | Albánčina | Ruština | | Arabčina | Tigriňa | | Dari | Ukrajinčina | | Angličtina | Urdu | | Perzština | Vietnamčina | | Iný | Žiadny | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5Potrebuje vaše dieťa tlmočníka?  Áno  Nie |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6Potrebuje vaše dieťa pomoc v posunkovej reči?  Nie  Áno |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7Kto žije s vaším dieťaťom v spoločnej domácnosti v Spojenom kráľovstve?  Matka  Otec  Brat(-ia)  Koľko? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  V akom veku? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sestra (-y)  Koľko? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  V akom veku? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Iná osoba  Koľko? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8Navštevuje vaše dieťa materskú škôlku alebo školu?  Nie  Moje dieťa je mladšie ako 2 roky  Podali sme žiadosť o miesto, ale ešte nám nepridelili škôlku/školu  Chcel(a) by som získať informácie o tom, kde získam pomoc s podávaním žiadosti o miesto v škôlke alebo škole  Áno – *napíšte názov škôlky alebo školy* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | Druhá časť: Zdravie |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1Máte nejaké obavy týkajúce sa zdravia vášho dieťaťa?  Nie  Áno |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2Cíti sa vaše dieťa momentálne zle?  Nie  Áno |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3Potrebuje vaše dieťa urgentnú zdravotnú pomoc?  Nie  Áno |
| * 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 | 2.4Prejavujú sa momentálne u vášho dieťaťa nasledujúce príznaky? Označte všetky relevantné možnosti  Úbytok tel. hmotnosti  Kašeľ  Vykašliavanie krvi  Potenie sa v noci  Extrémna únava  Problémy s dýchaním  Horúčky  Hnačka  Zápcha  Kožné ochorenia a vyrážky  Krv v moči  Krv v stolici  Bolesť hlavy  Bolesť  Zlá nálada  Úzkosť  Nepríjemné spomienky alebo nočné mory  Problémy so spánkom  Pocit, že si chce ublížiť alebo sa pripraviť o život  Iné |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5Na obrázku vyznačte, v ktorých oblastiach tela sa vyskytujú zdravotné problémy vášho dieťaťa |

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 | 2.6Narodilo sa vaše dieťa predčasne (predčasné narodenie – pred 37. týždňom tehotenstva/skôr ako po 8,5 mesiaci)?  Nie  Áno |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7Malo vaše dieťa krátko po pôrode zdravotné problémy napr. dýchacie problémy, infekciu, poranenie mozgu?  Nie  Áno |
| * 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 | **2.8Iba pre novorodencov (do 3 mesiacov):** Absolvovalo vaše dieťa zdravotnú prehliadku u všeobecného lekára 6 – 8 týždňov po pôrode?  Nie  Áno |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9Má vaše dieťa zdravotné problémy, o ktorých viete?  Nie  Áno |
| * 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 | 2.10Trpí vaše dieťa niektorým z nasledujúcich ochorení? Označte všetky relevantné možnosti  Astma  Ochorenia krvi  Porucha červených krviniek  Talasémia  Rakovina  Ochorenia zubov  Cukrovka  Epilepsia  Ochorenia očí  Ochorenia týkajúce sa uší, nosa alebo hrdla  Srdcové ochorenia  Žltačka typu B  Žltačka typu C  HIV  Ochorenia obličiek  Ochorenia pečene  Duševné choroby  Zlá nálada/depresia  Úzkosť  Posttraumatická stresová porucha (PTSD)  Predchádzajúce sebapoškodzovanie  Pokus o samovraždu  Iné  Kožná choroba  Ochorenie štítnej žľazy  Tuberkulóza (TBC)  Iné |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11Podstúpilo vaše dieťa operáciu/chirurgický zákrok?  Nie  Áno |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12Má vaše dieťa fyzické poranenia z vojny, konfliktu alebo týrania?  Nie  Áno |
| * 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 | 2.13Trpí vaše dieťa duševnými chorobami? Môžu byť tieto problémy spôsobené vojnou, konfliktom, týraním alebo skutočnosťou, že ste museli odísť zo svojej krajiny?  Nie  Áno |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14Má vaše dieťa telesné postihnutie alebo problémy s pohybom?  Nie  Áno |
| * 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 | 2.15Má vaše dieťa zmyslové poruchy? Označte všetky relevantné možnosti  Nie  Slepota  Čiastočná strata zraku  Úplná strata sluchu  Čiastočná strata sluchu  Strata čuchu/sluchu |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | 2.16Myslíte si, že má vaše dieťa problémy s učením alebo so správaním?  Nie  Áno |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | 2.17Máte obavy súvisiace s rastom vášho dieťaťa, napr. váhou/výškou?  Nie  Áno |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | **2.18Iba pre bábätká:** Máte s dieťaťom problémy pri kŕmení, prejavuje sa napr. zvracanie, reflux, odmietanie mlieka?  Nie  Áno |
| * 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 | 2.19Trpel alebo trpí niekto z najbližších príbuzných dieťaťa (otec, matka, súrodenci a starí rodičia) niektorou z nasledujúcich chorôb?  Astma  Rakovina  Depresia/duševné choroby  Cukrovka  Infarkt  Žltačka typu B  Vysoký krvný tlak  HIV  Problémy s učením  Mŕtvica  Tuberkulóza (TBC)  Iné |
| * 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* | |  |  | | 2.20Užíva vaše dieťa lieky na predpis?  Nie  Áno *– uveďte lieky predpísané vášmu dieťaťu a ich dávky v poli nižšie*  ***Na stretnutie prineste všetky predpisy alebo lieky dieťaťa***   |  |  | | --- | --- | | *Názov* | *Dávka* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.21Obávate sa, že vám v najbližších týždňoch dôjde niektorý z uvedených liekov?  Nie  Áno |
| * 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* | |  |  | | 2.22Užíva vaše dieťa nejaké lieky, ktoré mu nepredpísal zdravotnícky pracovník, napr. lieky, ktoré ste si kúpili v lekárni/obchode/na internete alebo zo zahraničia?  Nie  Áno *– uveďte lieky a ich dávky v nasledujúcom poli*  ***Na stretnutie prineste všetky lieky dieťaťa***   |  |  | | --- | --- | | *Názov* | *Dávka* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | 2.23Má vaše dieťa alergiu na nejaké lieky?  Nie  Áno |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.24Má vaše dieťa alergiu na niečo iné (napr. jedlo, poštípanie hmyzom, latexové rukavice)?  Nie  Áno |
| Section three: Vaccinations | Tretia časť: Očkovanie |
| * 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 | 3.1Absolvovalo vaše dieťa všetky očkovania, ktoré ponúka vaša krajina pôvodu v rámci veku dieťaťa?  ***Ak máte záznamy o svojom očkovaní, prineste ich na nasledujúce stretnutie.***  Nie  Áno  Neviem |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2Očkovalo sa vaše dieťa proti tuberkulóze (TBC)?  Nie  Áno  Neviem |
| * 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 | 3.3Očkovalo sa vaše dieťa proti ochoreniu COVID-19?  Nie  Áno  1 dávka  2 dávky  3 dávky  Viac ako 3 dávky  Neviem |
| 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 | Ak si nie ste istí niektorými záležitosťami týkajúcimi sa vášho dieťaťa a chceli by ste sa poradiť so svojím lekárom, zavolajte mu a dohodnite si stretnutie. |