|  |  |
| --- | --- |
| 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  |



|  |  |
| --- | --- |
| * 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. |