|  |  |
| --- | --- |
| English | **Sylheti** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | যুক্তরাজ্যে নয়া আগমন কারী অভিবাসী অগলর লাগি নয়া রুগী অগলর প্রশ্ন ওগল (New Patient Questionnaire): বাইচ্চা কম বয়স-অর মানুষ-জন-অর লাগি |
| 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. | একজ্জন GP- অর লগে নিবন্ধন খরার অধিকার সব-অর আছে। GP- অর লগে নিবন্ধন খরার লাগি আফনার কুনু ঠিকানার প্রমাণ, অভিবাসন-অর অবস্থা, আইডি বা NHS নম্বর অর দরখার নাইঅউ প্রশ্ন অগল দিয়া বাইচ্চা ইনতর স্বাইস্থ্য সম্পর্কিত তইথ্য সংগ্রহ খরা অইব, খারণ আফনার GP প্র্যাক্টিস-অ থাকা স্বাস্থ্য বিষয়ক বিশেষজ্ঞ অগলে বুঝতা ফারবা যে ন্যাশনাল হেলথ সার্ভিস (National Health Service)-অর গোপনীয়তা ও তইথ্য শেয়ার খরার নীতি মানিয়া তানরার কুন ধরণ-অর সহায়তা, চিকিৎসা বা বিশেষ সেবার দরখার লাগত ফারে।**18 বছর-অর কম বয়স-অর তরুণ অগল -অর লাগি প্রাপ্তবয়স্ক কুনুগে অউ সংস্করণটা পূরণ খরত ফারবা।**আফনার সরাসরি সেবার উদ্দেশ্য বাদে আফানার কুনু তইথ্য আফনার GP প্রকাশ করতো নায়, যদি না: আফনে রাজি থাকইন (যেলাখান, চিকিৎসা বিষয়ক গবেষণাত কাম-অ লাগত ফারে); বা আইন মানিয়া তানরা অটা করতা বাইধ্য থাকইন (যেলা, গুরুতর ক্ষতি থাকি অইন্য লোকজনরে বাচানির লাগি); আর নায় অইন্য কুনু জরুরি জনস্বার্থ বিষয়ক খারণ থাকিয়া থাকে (যেমন, আফনে কুনু সংক্রামক রুগে আক্রান্ত অইলে) । আফনার GP আফনার তইথ্য কীলা ব্যবহার খরবা অউ সম্পর্কিত আরো তইথ্য আফনার GP -অর প্রেক্টিস-অর কাছ থাকি ফাইবা ।আপনার GP প্রেক্টিসঅর কাছে আফনার অউ উত্তর অগল জমা দেইন। |
| Person completing | যেইন অটা পূরণ খরছইন |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | অউ ফর্মটা কে পূরণ খরছইন:  বাউচ্ছা ইনতর পিতামাতা  বাউচ্ছা ইনতর আইনানুগ অভিভাবক/কেয়ারার |
| Section one: Personal details | অনুচ্ছেদ এক: ব্যক্তিগত তথ্য |
| Child’s full name: | বাইচ্চার ফুরা নাম: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | বাইচ্চার জন্ম তারিখ:  দিন\_\_\_\_\_\_ মাস \_\_\_\_\_\_\_ বছর \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | বাইচ্চার ঠিকানা: |
| Mother’s name: | মা-র নাম: |
| Father’s name: | বাফ-অর নাম: |
| Contact telephone number(s): | যুগাযুগ-অর লাগি টেলিফোন নম্বর: |
| Email address: | ইমেইল ঠিকানা: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **আফনার বাইচ্চার লাগি প্রযোজ্য সবতার মাঝে টিক চিহ্ন দেইন।** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | * 1. নিচ-অর কুন বিষয়টা আফনার বাইচ্চার লাগি উপযোগী?   পুরুষ  মহিলা  অন্যান্য  উত্তর দিতা চাইরা না |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 ধর্ম:  বৌদ্ধ  খ্রিস্টান  হিন্দু  ইহুদি  মুসলিম  শিখ  অন্যান্য ধর্ম  কোনো ধর্ম নাই |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 মুখ-অর ভাষা:   |  |  | | --- | --- | | আলবেনিয়ান | রুশ | | আরবি | টাইগ্রিনিয়া | | দারি | ইউক্রেনিয়ান | | ইংরেজি | উর্দু | | পার্সিয়ান | ভিয়েতনামিজ | | অন্যান্য |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4 অইন্য কুনু ভাষাত মাতিয়া থাকলে:   |  |  | | --- | --- | | আলবেনিয়ান | রুশ | | আরবি | টাইগ্রিনিয়া | | দারি | ইউক্রেনিয়ান | | ইংরেজি | উর্দু | | পার্সিয়ান | ভিয়েতনামিজ | | অন্যান্য | কোনোটাই নায় | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5 আফনার বাইচ্চার লাগি কুনু দোভাষীর দরকার আছে নি?  হ্যাঁ  না |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6 আফনার বাইচ্চার ইশারাত মাতার লাগি সাহাইয্য দরখার নি?  না  হ্যাঁ |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7 আফনার বাইচ্চা অখন যুক্তরাজ্যে-ত যে বাসার মাঝে থাকে অউ জেগাত আর কে কে থাকইন?  মা  বাবা  ভাই  কয়জন? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  বয়স কত? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  বোন?  কয়জন? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  বয়স কত? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  অন্যান্য  কয়জন? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8 আফনার বাইচ্চা কিতা নার্সারি বা স্কুল-অ যায় নি?  না  আপনার বাইচ্চার বয়স 2 বছর-অর কম  আমরা একট্টা জাগার লাগি আবেদন খরছি, তে অখনও নার্সারি/স্কুল-অ ভর্তি অইছে না  নার্সারি বা স্কুল-অ ভর্তির লাগি আবেদন খরার লাগি আমি কুন জাগা থাকি সহায়তা ফাইতাম ফারি অটা লইয়া তইথ্যা জানতাম চাই  হ্যাঁ – *অনুগ্রহ করিয়া নার্সারি বা স্কুল-অর নাম দেইন* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | অনুচ্ছেদ দুই: স্বাইস্থ্য লইয়া প্রশ্ন |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | * 1. আফনার বাইচ্চার কুনু জিনিস নিয়া আফনার কুনু পেরেশানি আছে নি?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | * 1. আফনার বাইচ্ছা অখন কিতা অসুস্থ নি?   না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3 আফনার বাইচ্চার স্বাইস্থ্য সমইস্যার লাগি কিতা জরুরি কুনতা সাহাইয্য দরখার নি?  না  হ্যাঁ |
| * 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 | 2.4 বর্তমান -অ আফনার বাইচ্চার নিচ-অর কুনু উপসর্গ আছে নি? প্রযোজ্য সবতার লাগি টিক চিহ্ন দেইন  ওজন কমিয়া যাওয়া  কাশি  কাশির মাঝে রক্ত  রাইতে ঘাম অওয়া  অত্যধিক ক্লান্তি  শ্বাসপ্রশ্বাস-অর সমইস্যা  জ্বর  ডায়রিয়া  কোষ্ঠকাঠিন্য  ত্বক-অর সমইস্যা বা ফুসকুড়ি  তারার প্রশ্রাব-অর লগে রক্ত যায়  তারার মল-অর লগে রক্ত যায়  মাতাত ব্যথা  ব্যাথা  মিজাজ খারাপ  উদ্বেগ  যন্ত্রণাদায়ক অতীত বা দুঃস্বপ্ন  ঘুমানির অসুবিধা  মনে অয় হে নিজ-অর ক্ষতি করতো বা আত্মহত্যা করতা চায়  অন্যান্য |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5 তারার শরীর-অর কুন জাগাত সমইস্যা মনো কররা অনুগ্রহ করিয়া ছবিত অটা চিহ্নিত করুক্কা |

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 | 2.6 আফনার বাইচ্চা কিতা নির্দিষ্ট সময়-অর আগ-অউ জন্মাইছইন নি (আগাম জন্মগ্রহণ – গর্ভধারণ-অর 37 সপ্তাহ/8.5 মাস-অর আগ-অ)?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7 জন্মানির বাদে আফনার বাইচ্চার কোনো স্বাস্থ্যজনিত কুনু সমইস্যা আছিল, যেলা শ্বাসপ্রশ্বাস-অর সমইস্যা, সংক্রমণ, মস্তিষ্ক-ত আঘাত?  না  হ্যাঁ |
| * 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 | **2.8 শুধুমাত্র নবজাতক-অর লাগি (3 মাস বয়সী-রার লাগি):** জন্মানির 6-8 সপ্তাহ-অর বাদে আপনার বাইচ্চারে কুনু GP (ডাক্তার) পরীক্ষা খরছিল নি?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9 আফনার জানামতে আফনার বাইচ্চার কুনু জানা স্বাইস্থ্য সমইস্যা আছে নি?  না  হ্যাঁ |
| * 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 | 2.10 আপনার শিশুর কি নিচের কোনো উপসর্গ আছে? প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন  হাঁপানি  রক্তে অস্বাভাবিক অবস্থা  সিকল সেল অ্যানেমিয়া  থ্যালাসেমিয়া  ক্যান্সার  দাঁত-অর সমস্যা  ডায়াবেটিস  মৃগী রোগ  চোখের সমস্যা  কান, নাক বা গলা  হৃদযন্ত্রের সমস্যা  হেপাটাইটিস বি  হেপাটাইটিস সি  এইচআইভি  কিডনির সমস্যা  যকৃৎ বা লিভার-অ সমস্যা  মানসিক স্বাস্থ্যজনিত সমস্যা  মেজাজ খারাপ/বিষণ্ণতা  উদ্বেগ  আঘাত-পরবর্তী মানসিক চাপজনিত অসুস্থতা (PTSD)  অতীত-অ নিজ-অর ক্ষতি করা অইছে  আত্মহত্যার চেষ্টা করা অইছে  অন্যান্য  ত্বকের রোগ  থাইরয়েড-অর সমস্যা  যক্ষ্মা (TB)  অন্যান্য |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11 আফনার বাইচ্চার কুনুসমে অপারেশন / অস্ত্রোপচার অইছিল নি?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12 যুদ্ধ, সংঘাত বা অত্যাচারঅর লাগি আফনার বাইচ্চার কুনু শারীরিক ক্ষতি অইছে নি?  না  হ্যাঁ |
| * 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 | 2.13 আফনার বাইচ্চার কুনু মানসিক সমইস্যা আছে নি? অটা অইত ফারে পারে যুদ্ধ, সংঘাত, অত্যাচার থাকি বা দেশ থাকি জুর খরি ফালানিত বাইধ্য অইনার খারণে?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14 আফনার বাইচ্চার কুনু শারীরিক প্রতিবন্ধীত্ব বা চলাফেরাত সমইস্যা আছে নি?  না  হ্যাঁ |
| * 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 | 2.15 আফনার বাইচ্চার ইন্দ্রিয়জনিত কুনু সমইস্যা আছে নি? প্রযোজ্য সবতার মাঝে টিক চিহ্ন দেইন  না  অন্ধত্ব  দৃষ্টিশক্তি আংশিকভাব-অ নষ্ট অওয়া  সম্পূর্ণভাবে বধির অওয়া  শ্রবণশক্তি আংশিকভাবে নষ্ট অওয়া  গন্ধ এবং/অথবা স্বাদ-অ সমইস্যা |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | 2.16 আফমে কিতা মনো কররা নি যে আফনার বাইচ্চার হিকার সমইস্যা বা আচরণগত সমইস্যা আছে?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | 2.17 আফনার বাইচ্চার বৃদ্ধির লাগি আফনার কুনু উদ্বেগ আছে নি, যেলা তারার ওজন/উচ্চতা?  না  হ্যাঁ |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | 2.18 শুধুমাত্র বাইচ্চাইনতর লাগি: আফনার বাইচ্চা কি খাইবার সমে কুনু সমইস্যা করে নি, যেলা বমি করা, খাবার ফেলাইয়া দেয়া, দুধ খাওয়াত অনীহা?  না  হ্যাঁ |
| * 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 | 2.19 আফনার বাইচ্চার পরিবার-অর কুনু সদইস্য (বাফ, মা, সহোদর ভাই বইন বা দাদা-দাদী) নিচ-অর কুনু সমস্যাত ভুগছইন নি?  হাঁপানি  ক্যান্সার  বিষণ্ণতা/মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অসুস্থতা  ডায়াবেটিস  হার্ট অ্যাটাক  হেপাটাইটিস বি  উচ্চ রক্তচাপ  এইচআইভি  শিক্ষণ-অর সমস্যা  স্ট্রোক  যক্ষ্মা (TB)  অন্যান্য |
| * 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* | |  |  | | 2.20 আফনার বাইচ্চা কি ব্যবস্থাপত্র মতে কুনু ঔষধপত্র খাইরা নি?  না  হ্যাঁ *–অনুগ্রহ করিয়া আফনার বাইচ্চার ব্যবস্থাপত্র-অর ঔষধপত্র ও ডোজ নিচ-অর বাক্স-অত লেখইন*  ***সাক্ষাত-অর সময় অনুগ্রহ করিয়া আফনার বাইচ্চার কুনু ব্যবস্থাপত্র বা ঔষধপত্র লগে লইয়া আইবা***   |  |  | | --- | --- | | *নাম* | *ডোজ* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.21 বাদ-অর কয়েক সপ্তাত অউ ঔষধপত্র-অর কোনোটা শেষ অই গেলে কুনু সমইস্যা অইব নি?  না  হ্যাঁ |
| * 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* | |  |  | | 2.22 আফনার বাইচ্চা কিতা অলাখান কুনু ঔষধ খাইরা নি যেতা স্বাইস্থ্য বিশেশজ্ঞ সুপারিশ করছইন না, যেলা, কুনু ফার্মেসি/দোকান/ইন্টারনেট থাকি কিনছইন বা বিদেশ থাকি সরবরাহ খরা অইছে?  না  হ্যাঁ *–অনুগ্রহ করিয়া ঔষধপত্র ও ডোজ নিচ-অর বাক্স-অ লেখইন*  ***সাক্ষাত-অর সময় অনুগ্রহ করিয়া আফনার বাইচ্চার কুনু ঔষধপত্র লগে লইয়া আইন***   |  |  | | --- | --- | | *নাম* | *ডোজ* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | 2.23 কুনু ঔষধ-অ আফনার বাইচ্চার অ্যালার্জি আছে নি?  না  হ্যাঁ |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.24 অইন্য কুনু কিচ্ছুত আফনার বাইচ্চার অ্যালার্জি আছে নি? (যেলা, খাবার, পোকামাকড়-অর হুল, রাবার-অর গ্লাভস)?  না  হ্যাঁ |
| Section three: Vaccinations | অনুচ্ছেদ তিন: টিকা গ্রহণ |
| * 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. আফনার বাইচ্চা যে দেশ-অ জন্মাইছিল অউ দেশ-অ তারার বয়সীরার লাগি যেসব টিকা দেয়া অয় তার সবতা কিতা আফনার বাইচ্চা নিছে নি?   ***যদি টিকা গ্রহণ-অর কোনো রেকর্ড আফনার কাছ-অ থাকিয়া থাকে তে সাক্ষাত-অর সময় অনুগ্রহ করিয়া অটা লগে লইয়া আইবা।***  না  হ্যাঁ  আমি জানরাম না |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2 আফনার বাইচ্চার যক্ষ্মার (TB) টিকা দেয়া অইছিল?  না  হ্যাঁ  আমি জানরাম না |
| * 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 | 3.3 আফনার বাইচ্চা কি কোভিড-19-এর টিকা দেয়া অইছিল?  না  হ্যাঁ  1 ডোজ  2 ডোজ  3 ডোজ  3 ডোজ-অরর বেশি  আমি জানরাম না |
| 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 | আফনার বাইচ্চার স্বাইস্থ্য লইয়া অউ ফর্ম-অ আফনি শেয়ার করতে স্বচ্ছন্দ বোধ করইন না এবং আফনে কুনু ডাক্তার-অর লগে আলোচনা করতে চাইরা অলাখান কুনু বিষয় যদি থাকিয়া থাকে, তে আফনার GP-রে কল করইন এবং একট্টা অ্যাপয়েন্টমেন্ট বুক করি লাইন। |