|  |  |
| --- | --- |
| English | **Türkçe** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | Birleşik Krallık'a yeni gelen göçmenlere yönelik sağlık anketi: Çocuklar ve Gençler |
| 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. | Herkesin Genel Pratisyenliğe (GP) başvurma hakkı bulunmaktadır. GP’ye başvurmak için adres, göçmenlik statüsü, kimlik veya USH (Ulusal Sağlık Hizmetleri) numarasına ihtiyaç yoktur.  Bu anketin amacı GP hizmetleri sağlayan sağlık uzmanlarının, Ulusal Sağlık Hizmetinin gizlilik ve veri paylaşımı politikalarına uygun olarak çocukların ne tür desteğe, tedaviye ve uzmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyabileceklerini anlamak için çocukların sağlığı hakkında bilgi toplamaktır.  **Yeterlilik gösteren 18 yaş altı olan gençler bu anketin yetişkinler için olanını tamamlayabilirler.**  GP hizmeti sağlayıcınız, siz onay vermedikçe (örn. herhangi bir tıbbi araştırmanın desteklenmesi gibi); kanunen sağlık hizmeti sağlayıcınıza müsaade edilmedikçe (örn. diğer insanları ciddi zararlardan korumak gibi); veya kamu yararı öne çıkmadıkça (örn. bulaşıcı bir hastalıktan muzdarip olunması gibi) doğrudan sağlığınız ile ilgili olması dışında verdiğiniz hiçbir bilgiyi açıklamayacaktır. Pratisyen Hekiminizin verdiğiniz bilgileri nasıl kullanabileceği hakkında daha fazla bilgiyi GP hizmeti sağlayıcınızdan ulaşabilirsiniz.  Cevaplarınızı GP hizmeti sağlayıcınıza iletmeniz rica olunur. |
| Person completing | Anketi tamamlayan kişi |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | Bu formu kim tamamlıyor:  Çocuğun velisi  Çocuğun yasal varisi/bakıcısı |
| Section one: Personal details | Bölüm bir: Kişisel Bilgiler |
| Child’s full name: | Çocuğun adı soyadı: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | Çocuğun doğum tarihi:  Gün\_\_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | Çocuğun ikamet adresi: |
| Mother’s name: | Anne adı: |
| Father’s name: | Baba adı: |
| Contact telephone number(s): | İrtibat numara(ları): |
| Email address: | E-posta adresi: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **Çocuğunuza uyan tüm seçenekleri lütfen işaretleyin.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1Aşağıdakilerden hangisi çocuğunuzu tanımlar:  Erkek  Kadın  Diğer  Belirtmemeyi tercih ederim |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 Dinî inancınız:  Budist  Hristiyan  Hindu  Yahudi  Müslüman  Sih  Diğer dinî inanç  Dinî inancım yok |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 Konuşulan ana dil:   |  |  | | --- | --- | | Arnavutça | Rusça | | Arapça | Tigrinya dili | | Darice | Ukraynaca | | İngilizce | Urduca | | Farsça | Vietnamca | | Diğer |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4Konuşulan ikinci dil:   |  |  | | --- | --- | | Arnavutça | Rusça | | Arapça | Tigrinya dili | | Darice | Ukraynaca | | İngilizce | Urduca | | Farsça | Vietnamca | | Diğer | Hiçbiri | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5Çocuğunuzun tercümana ihtiyacı var mı?  Evet  Hayır |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6Çocuğunuzun işaret dili desteğine ihtiyacı var mı?  Hayır  Evet |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7Şu anda Birleşik Krallık'ta çocuğunuz ile aynı evde kim yaşıyor?  Anne  Baba  Erkek kardeş(ler)  Kaç kişi? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Yaş(ları)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kız kardeş(ler)  Kaç kişi? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Yaş(ları)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Diğer  Kaç kişi? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8Çocuğunuz kreş ya da okula gidiyor mu?  Hayır  Çocuğum 2 yaş altıdır  Bir kuruma başvuruda bulunduk ancak henüz bir kreşe/okula atamamız olmadı  Kreş ya da okula başvuru yapabileceğim kurumlar hakkında bilgi almak isterim  Evet – *lütfen kreş ya da okul adını belirtiniz* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | Bölüm iki: Sağlık soruları |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1Çocuğunuz hakkında kaygı duyduğunuz herhangi bir konu var mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2Çocuğunuz şu anda rahatsız veya hasta mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3Çocuğunuzun herhangi bir sağlık sorunu ile ilgili acil yardıma ihtiyacı var mı?  Hayır  Evet |
| * 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 | 2.4Çocuğunuz aşağıdaki belirtilerden herhangi birini taşıyor mu? Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin  Kilo kaybı  Öksürük  Kanlı öksürük  Gece terlemesi  Aşırı yorgunluk  Solunum sorunları  Ateş  İshal  Kabızlık  Cilt şikayetleri veya dökünüleri  Kanlı idrar  Kanlı dışkı  Baş ağrısı  Ağrı  Düşük ruh hali  Kaygı  Üzücü olay anımsamaları veya kabuslar  Uykusuzluk  Kendisine zarar verme veya hayatını sonlandırma hissi  Diğer |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5Lütfen, mevcut sağlık sorununu (veya sorunlarını) hissettiğiniz noktayı (veya noktaları) vücut görselinde işaretleyin |

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 | 2.6Çocuğunuz prematüre olarak mı doğdu (erken doğum - 37 hafta/8.5 ay gebelik öncesi doğum)?  Hayır  Evet |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7Çocuğunuz doğum sonrası kısa süre içinde herhangi bir sağlık sorunu ile mi doğdu, örn. solunum rahatsızlıkları, enfeksiyon, beyin hasarı gibi?  Hayır  Evet |
| * 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 | **2.8Sadece (3 aylığa kadar) yeni doğan bebeklere yönelik:** Çocuğunuz doğumdan 6-8 hafta sonrası bir GP (pratisyen hekim) tarafından sağlık taramasından geçirildi mi?  Hayır  Evet |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9Çocuğunuzun bilinen bir sağlık sorunu var mı?  Hayır  Evet |
| * 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 | 2.10Çocuğunuz aşağıdakilerden herhangi birine sahip mi? Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin  Astım  Kanama bozukluğu  Orak hücre anemisi  Talasemi (Akdeniz anemisi)  Kanser  Diş hastalıkları  Diyabet  Epilepsi (Sara)  Göz hastalıkları  Kulak, burun veya boğaz rahatsızlığı  Kalp hastalıkları  Hepatit B  Hepatit C  HIV  Böbrek hastalıkları  Karaciğer hastalıkları  Akıl sağlığı bozuklukları  Düşük ruh hali/depresyon  Kaygı  Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)  Geçmişte kendine zarar verme  İntihar teşebbüsü  Diğer  Cilt hastalığı  Tiroid hastalığı  Tüberküloz (verem)  Diğer |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11Çocuğunuz hiç cerrahi/ameliyat geçirdi mi?  Hayır  Evet |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12Çocuğunuzda savaş, çatışma veya işkence kaynaklı herhangi bir fiziksel yaralanma var mı?  Hayır  Evet |
| * 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 | 2.13Çocuğunuzda herhangi bir akıl sağlığı sorunu var mı? Bunlar savaş, çatışma ve işkence sonrası veya ülkenizden kaçmaya zorlanmadan kaynaklı olabilir.  Hayır  Evet |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14Çocuğunuzda herhangi bir fiziksel engel veya hareket kısıtlılığı var mı?  Hayır  Evet |
| * 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 | 2.15Çocuğunuzda herhangi bir duyusal bozukluk var mı? Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin  Hayır  Körlük  Kısmi görme kaybı  Tam işitme kaybı  Kısmi işitme kaybı  Koku ve/veya tat alma sorunları |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | 2.16Çocuğunuzda herhangi bir öğrenme güçlüğü veya davranış bozukluğu olduğunu düşünüyor musunuz?  Hayır  Evet |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | 2.17Çocuğunuzun gelişimi ile ilgili herhangi bir kaygınız var mı, örn. kilo/boy gibi?  Hayır  Evet |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | **2.18Sadece bebekler:** Bebeğiniz herhangi bir beslenme sorunu yaşıyor mu, örn. kusma, reflü veya anne sütü reddetme gibi?  Hayır  Evet |
| * 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 | 2.19Çocuğunuz ile birinci derece kan bağı olan (örn. baba, anne, kardeş veya büyükbaba, büyükanne) bir aile bireyi aşağıdakilerden herhangi birini geçirdi mi?  Astım  Kanser  Depresyon/Akıl sağlığı hastalığı  Diyabet  Kalp krizi  Hepatit B  Hipertansiyon  HIV  Öğrenme güçlüğü  Felç  Tüberküloz (verem)  Diğer |
| * 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* | |  |  | | 2.20Çocuğunuz herhangi bir reçeteli ilaç kulanıyor mu?  Hayır  Evet *–Lütfen alttaki kutu içine çocuğunuzun kullandığı ilaçları ve dozlarını belirtin*  ***Lütfen çocuğunuzun randevusuna gelirken reçetelerini veya ilaçlarını yanınızda bulundurun***   |  |  | | --- | --- | | *İsim* | *Doz* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.21Bu ilaçlardan herhangi birinin gelecek haftalarda tükeneceği endişesi duyuyor musunuz?  Hayır  Evet |
| * 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* | |  |  | | 2.22Çocuğunuz herhangi bir sağlık uzmanı tarafından yazılmamış, reçeteli olmayan (örn. bir eczane/mağaza/internet veya yurt dışından aldığınız) ilaç kullanıyor mu?  Hayır  Evet *–Lütfen alttaki kutu içine ilaçları ve dozlarını belirtin*  ***Lütfen çocuğunuzun randevusuna gelirken mevcut ilaçlarını yanınızda bulundurun***   |  |  | | --- | --- | | *İsim* | *Doz* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | 2.23Çocuğunuzun herhangi bir ilaca alerjisi var mı?  Hayır  Evet |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.24Çocuğunuzun herhangi başka bir şeye (örn. gıda, böcek sokması, lateks eldiven gibi) alerjisi var mı?  Hayır  Evet |
| Section three: Vaccinations | Bölüm üç: Aşılar |
| * 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 | 3.1Çocuğunuz yaşına hitaben ülkesinde geçerli tüm çocuk aşıları yapıldı mı?  ***Çocuğunuzun aşı geçmişini gösteren kayıtlar varsa, randevuya gelirken lütfen, bunları yanınızda bulundurun.***  Hayır  Evet  Bilmiyorum |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2Çocuğunuza tüberküloz (verem) aşısı yapıldı mı?  Hayır  Evet  Bilmiyorum |
| * 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 | 3.3Çocuğunuza KOVİD-19 aşısı yapıldı mı?  Hayır  Evet  1 doz  2 doz  3 doz  3 dozdan fazla  Bilmiyorum |
| 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 | Bu ankette çocuğunuz ile ilgili paylaşmaktan çekindiğiniz bir konu varsa ve bunu bir doktorla görüşmek istiyorsanız lütfen hekiminizi arayıp randevu alınız. |