|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Urdu اردو** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | UK میں داخل ہونے والے نئے تارکین وطن کے لیے مریض کا سوالنامہ: اطفال اور نوعمر افراد |
| 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. | *ہر فرد کو GP کے ساتھ رجسٹر ہونے کا حق حاصل ہے۔ آپ کو GP کے ساتھ رجسٹر ہونے کے لیے پتے، امیگریشن اسٹیٹس، ID یا کسی NHS نمبر کا ثبوت دینے کی ضرورت نہیں ہے*  یہ سوالنامہ بچوں کی صحت کے بارے میں معلومات جمع کرنے سے متعلق ہے تاکہ آپ کی GP پریکٹس کے ماہرینِ صحت سمجھ سکیں کہ قومی صحت خدمت (National Health Service) کی رازداری اور ڈیٹا کے اشتراک کی پالیسیوں کے مطابق انہیں کون سی معاونت، علاج اور مخصوص خدمات درکار ہو سکتی ہیں۔  **18 سال سے کم عمر سمجھدار نوعمر نوجوان اپنے لیے بالغ ورژن خود مکمل کر سکتے ہیں۔**  *آپ کی GP آپ کی براہ راست نگہداشت کے مقاصد کے علاوہ کسی مقصد کے لیے آپ کی فراہم کردہ معلومات کا اشتراک نہیں کرے گی ماسوائے: آپ نے رضامندی دی ہو (مثلاً طبی تحقیق کی معاونت کی خاطر)؛ یا ان کو قانون کے تحت ایسا کرنے کی ضرورت ہو (مثلاً دیگر افراد کو شدید خطرے سے بچانا ہو)؛ یا مفاد عامہ کے لیے انتہائی اہم ہو (مثلاً آپ کسی متعدی بیماری میں مبتلا ہوں)۔ آپ کی GP آپ کی معلومات کا استعمال کیسے کرے گی، اس بارے میں مزید معلومات آپ کی GP پریکٹس میں دستیاب ہیں۔*    اپنے جوابات GP پریکٹس کو واپس ارسال کریں۔ |
| Person completing | فارم مکمل کرنے والا فرد |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | اس فارم کو کون مکمل کر رہا ہے:  بچے کے والد/والدہ  بچے کے قانونی سرپرست/نگہداشت کار |
| Section one: Personal details | حصہ اوّل: ذاتی تفصیلات |
| Child’s full name: | بچے کا مکمل نام: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | بچے کی تاریخِ پیدائش  تاریخ\_\_\_\_\_\_ مہینہ \_\_\_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | بچے کا پتہ: |
| Mother’s name: | والدہ کا نام: |
| Father’s name: | والد کا نام: |
| Contact telephone number(s): | رابطے کے لیے ٹیلیفون نمبر (نمبرز): |
| Email address: | ای میل ایڈریس: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **براہ کرم ان تمام جوابی خانوں کو نشان زد کریں جن کا اطلاق آپ کے بچے پر ہوتا ہے۔** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | * 1. درج ذیل میں سے کس سے آپ کے بچے کی بہترین نمائندگی ہوتی ہے:   مرد  عورت  دیگر  نہ بتانا ترجیح ہے |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 مذہب:  بدھ مت  عیسائی  ہندو  یہودی  مسلمان  سِکھ  دیگر مذہب  کوئی مذہب نہیں |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 بنیادی بول چال کی زبان   |  |  | | --- | --- | | البانی | روسی | | عربی | تیگرینیا | | دری | یوکرینی | | انگریزی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | دیگر |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | * 1. بول چال کی دوسری زبان:  |  |  | | --- | --- | | البانی | روسی | | عربی | تیگرینیا | | دری | یوکرینی | | انگریزی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | دیگر | کوئی نہیں | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | * 1. کیا آپ کے بچے کو مترجم کی خدمات درکار ہیں؟   جی ہاں  جی نہیں |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | * 1. کیا آپ کے بچے کو اشاراتی زبان کی معاونت درکار ہے؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 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. UK میں فی الوقت اس گھر میں کون رہائش پذیر ہے جہاں آپ کا بچہ رہتا ہے؟   والدہ  والد  بھائی  ان کی تعداد کتنی ہے؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ان کی عمر (عمریں) کیا ہیں؟  بہن (بہنیں)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ان کی تعداد کتنی ہے؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ان کی عمر (عمریں) کیا ہیں؟ \_\_\_\_\_\_\_  دیگر  ان کی تعداد کتنی ہے؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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. کیا آپ کا بچہ نرسری یا اسکول جاتا ہے؟   جی نہیں  میرا بچہ ابھی 2 سال سے کم عمر ہے  ہم نے داخلے کے لیے درخواست دی ہے لیکن ابھی تک نرسری/اسکول سے جگہ تفویض نہیں کی گئی ہے  میں اس سلسلے میں معلومات حاصل کرنا چاہتا/چاہتی ہوں کہ نرسری یا اسکول میں داخلے کے لیے درخواست دینے کی معاونت کہاں سے مل سکے گی  جی ہاں – *براہ کرم نرسری یا اسکول کا نام بتائیں* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | حصہ دوم: صحت سے متعلق سوالات |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | * 1. کیا آپ کو اپنے بچے سے متعلق کوئی تشویشات لاحق ہیں؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | * 1. کیا فی الوقت آپ کے بچے کی طبیعت ناساز ہے یا وہ بیمار ہے؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | * 1. کیا آپ کے بچے کو صحت سے متعلق مسائل کے لیے فوری مدد درکار ہے؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیا موجودہ طور پر آپ کے بچے میں درج ذیل میں سے کوئی علامات پائی جاتی ہیں؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں   وزن میں کمی  کھانسی  کھانسی میں خون آنا  سوتے میں پسینہ آنا  شدید تھکاوٹ  سانس لینے میں دشواری  بخار  اسہال  قبض  جلدی امراض یا ریشز  ان کے پیشاب میں خون آنا  ان کے پاخانے میں خون آنا  سر درد  تکلیف  افسردگی  اضطراب  پریشان کُن یادیں یا ڈراؤنے خواب  سونے میں دشواری  محسوس کرنا کہ وہ خود کو نقصان پہنچانا چاہتے ہیں یا اپنی زندگی سے بیزار ہیں  دیگر |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | * 1. براہ کرم جسم کی تصویر پر اس حصے (حصوں) کو نشان زد کریں جہاں وہ موجودہ طور پر صحت کے مسئلے (مسائل) کا سامنا کر رہے ہیں |

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 | * 1. کیا آپ کے بچے کی پیدائش قبل از وقت ہوئی تھی (ولادت – 37 ہفتوں/حمل کے 8.5 ماہ سے قبل ہوئی)؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | * 1. کیا آپ کے بچے کو ولادت کے فوراً بعد صحت کا کوئی مسئلہ لاحق ہوا تھا مثلاً سانس لینے میں دشواری، انفیکشن، دماغی چوٹ؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. **صرف نومولود شیرخواران کے لیے (3 ماہ کی عمر تک):** کیا آپ کے بچے کی ولادت سے قبل GP (ڈاکٹر) کی جانب سے 6-8 ہفتوں میں معائنہ کیا گیا تھا؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | * 1. کیا آپ کا بچہ صحت کے کسی معلوم مسئلے کا شکار ہے؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیا آپ کے بچے کو درج ذیل میں سے کوئی بیماری لاحق ہے؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں   دمہ  خون کا عارضہ  خون کے سرخ خلیوں کی بناوٹ کا عارضہ  تھیلیسیمیا  کینسر  دانتوں کے مسائل  ذیابیطس  مرگی  آنکھوں کے مسائل  کان، ناک یا گلہ  امراضِ قلب  ہیپاٹائٹس B  ہیپاٹائٹس C  HIV  گردوں کا مسئلہ  جگر کا مسئلہ  ذہنی صحت کے مسائل  افسردگی/ڈپریشن  اضطراب  بعد از صدمہ تناؤ کا عارضہ (Post-traumatic stress disorder، PTSD)  ماضی میں خود کو نقصان پہنچایا  خودکشی کی کوشش کی  دیگر  جلدی امراض  تھائی رائیڈ کی بیماری  تپ دق (TB)  دیگر |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | * 1. کیا آپ کے بچے کا کبھی کوئی آپریشن ہوا / کوئی سرجری ہوئی؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | * 1. کیا آپ کے بچے کو جنگ، تصادم یا تشدد کے نتیجے میں کوئی جسمانی چوٹ لگی؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیا آپ کا بچہ ذہنی صحت کے کسی مسئلے کا شکار ہے؟ یہ کسی جنگ، تصادم، تشدد یا جبری ملک بدری کے نتیجے میں ہو سکتے ہیں؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | * 1. کیا آپ کا بچہ کسی جسمانی معذوری یا نقل و حرکت کے مسائل کا شکار ہے؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیا آپ کے بچے میں کوئی حسی خرابی ہے؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق کو نشان زد کریں   جی نہیں  اندھا پن  نظر کی جزوی خرابی  مکمل بہرہ پن  کم سنائی دینا  سونگھنے اور/یا چکھنے کے مسائل |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | * 1. کیا آپ کے خیال میں آپ کا بچہ سیکھنے کی معذوری یا رویوں کے مسائل کا شکار ہے؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | * 1. کیا آپ اپنے بچے کی بڑھوتری مثلاً ان کے وزن/قد سے متعلق کوئی خدشات رکھتے/رکھتی ہیں؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | * 1. **صرف شیرخواران کے لیے:** کیا آپ کے بچے کو دودھ پینے سے متعلق کوئی مسئلہ ہے مثلاً قے کرنا، متلی آنا، دودھ پینے سے انکار کرنا؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 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 | * 1. کیا بچے کے اہلِ خانہ میں سے کوئی فرد (والد، والدہ، بہن بھائی اور دادا/دادی) درج ذیل میں سے کسی میں مبتلا تھا یا رہا ہے؟   دمہ  کینسر  ڈپریشن/ذہنی صحت کا عارضہ  ذیابیطس  دل کا دورہ  ہیپاٹائٹس B  ہائی بلڈ پریشر  HIV  سیکھنے کی معذوریاں  فالج  تپ دق (TB)  دیگر |
| * 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* | |  |  | | * 1. کیا آپ کا بچہ کوئی نسخہ جاتی ادویات استعمال کرتا ہے؟   جی نہیں  جی ہاں *– براہ کرم اپنے بچے کی تجویز کردہ ادویات اور خوراکیں ذیل میں دیئے گئے خانے میں درج کریں*  ***براہ کرم اپنے بچے کی اپائنٹمنٹ میں کوئی بھی نسخہ جات یا ادویات ساتھ لے کر آئیں***   |  |  | | --- | --- | | *خوراک* | *نام* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | * 1. کیا آپ اگلے چند ہفتوں میں ان ادویات کے ختم ہو جانے کے بارے میں پریشان ہیں؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 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* | |  |  | | * 1. کیا آپ کا بچہ کوئی ایسی دوا لیتا ہے جو ماہرِ صحت کی جانب سے تجویز نہیں کی گئی مثلاً ادویات جو آپ نے فارمیسی/دکان/انٹرنیٹ یا باہر ملک سے منگوائی ہوں؟   جی نہیں  جی ہاں *– براہ کرم وہ ادویات اور خوراکیں ذیل میں دیئے گئے خانے میں درج کریں*  ***براہ کرم اپنے بچے کی اپائنٹمنٹ میں کوئی بھی ادویات ساتھ لے کر آئیں***   |  |  | | --- | --- | | *خوراک* | *نام* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | * 1. کیا آپ کے بچے کو کسی دوائی سے الرجی ہے؟   جی نہیں  جی ہاں |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | * 1. کیا آپ کے بچے کو کسی اور چیز سے الرجی ہے؟ (مثلاً کسی خوراک، حشرات یا کیڑوں کے کاٹنے سے، لیٹیکس گلوز سے)؟   جی نہیں  جی ہاں |
| Section three: Vaccinations | حصہ سوم: ویکسینیشنز |
| * 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. کیا آپ کے بچے کو اس کی عمر کے حساب سے اس کے آبائی ملک میں چھوٹی عمر کے تمام حفاظتی ٹیکہ جات لگائے جا چکے ہیں؟   ***اگر آپ کے پاس حفاظتی ٹیکے لگوانے کا ریکارڈ موجود ہے، تو براہ اپنی اپائنٹمنٹ میں وہ ساتھ لے کر آئیں۔***  جی نہیں  جی ہاں  مجھے معلوم نہیں ہے |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | * 1. کیا آپ کے بچے کو تپ دق (TB) کی ویکسین لگائی جا چکی ہے؟   جی نہیں  جی ہاں  مجھے معلوم نہیں ہے |
| * 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 | * 1. کیا آپ کے بچے کو COVID-19 کی ویکسین لگائی جا چکی ہے؟   جی نہیں  جی ہاں  1 خوراک  2 خوراکیں  3 خوراکیں  3 سے زائد خوراکیں  مجھے معلوم نہیں ہے |
| 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 | اگر آپ اپنے بچے کی صحت سے متعلق کسی بات کا اس فارم میں اشتراک کرنے پر جھجھک محسوس کرتے ہیں اور آپ اس کا ڈاکٹر کے ساتھ اشتراک کرنا چاہتے ہیں، تو براہ کرم اپنی GP کو کال کریں اور اپائنٹمنٹ طے کروائیں |