|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **اللغة الإنجليزية / Arabic** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | استبيان المرضى المخصص للمهاجرين الوافدين حديثًا إلى المملكة المتحدة |
| 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 your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.  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. | يحق للجميع التسجيل لدى ممارس عام، ولا تحتاج إلى ما يثبت عنوانك أو حالتك من حيث الهجرة أو بطاقة هويتك أو رقمك في هيئة الخدمات الصحية الوطنية من أجل التسجيل.  يهدف هذا الاستبيان إلى جمع معلومات حول صحتك كي يتسنى للاختصاصيين الصحيين في الممارسة العامة تفهم نوع الدعم والعلاج والخدمات المتخصصة التي قد تحتاجها وفقًا لسياسات السرية وتبادل البيانات المعمول بها لدى هيئة الخدمات الصحية الوطنية.  لن يفصح الممارس العام المتابع لك عن أي معلومات تقدمها لأغراض أخرى بخلاف تقديم الرعاية المباشرة ما لم: توافق (مثال: الموافقة على دعم البحث الطبي)، أو يقتضي القانون منه ذلك (مثال: بغرض حماية الغير من ضرر جسيم)، أو توجد مصلحة عامة تفرض عليه ذلك (مثال: كونك مصاب بمرض منقول). يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأن الكيفية التي يستخدم بها الممارس العام بياناتك عن طريق الممارسة العامة التي تتبعها.  قدم إجاباتك للممارسة العامة التي تتبعها. |
| Section one: Personal details | القسم الأول: بيانات شخصية |
| Full name: | الاسم بالكامل: |
| Address: | العنوان: |
| Telephone number: | رقم الهاتف: |
| Email address: | عنوان البريد الإلكتروني: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **يُرجى الإجابة عن أسئلة الاستبيان ووضع علامة صح بجميع الخانات التي تنطبق على حالتك.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1تاريخ إتمام الاستبيان: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 أي الصفات التالية تصفك على النحو الأفضل؟  ذكر  أنثى  آخر  أفضل عدم التصريح |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 هل النوع المشار إليه مطابق لنوعك عند ولادتك؟  لا  نعم  أفضل عدم التصريح |
| 1.4Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. تاريخ الميلاد:  يوم \_\_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_\_\_ سنة \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 الديانة:  بوذي  مسيحي  هندوسي  يهودي  مسلم  سيخ  ديانة أخرى  لا ديني |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 الحالة الاجتماعية:  متزوج/لدي شريك مدني  مطلق  أرمل  لا شيء مما سبق |
| * 1. Sexual Orientation:   Heterosexual (attracted to the opposite sex)  Homosexual (attracted to the same sex)  Bisexual (attracted to males and females)  Prefer not to say  Other | 1.7 الميول الجنسية:  مغاير جنسيًا (منجذب للجنس المغاير)  مثلي جنسيًا (منجذب للجنس المماثل)  ثنائي الجنس (منجذب للذكور والإناث)  أفضل عدم التصريح  آخر |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8 اللغات الأساسية المتحدث بها:   |  |  | | --- | --- | | اللغة الألبانية | اللغة الروسية | | اللغة العربية | اللغة التغرينية | | اللغة الدرية | اللغة الأوكرانية | | اللغة الإنجليزية | اللغة الأردية | | اللغة الفارسية | اللغة الفيتنامية | | آخر |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.9 اللغة الثانية المتحدث بها:   |  |  | | --- | --- | | اللغة الألبانية | اللغة الروسية | | اللغة العربية | اللغة التغرينية | | اللغة الدرية | اللغة الأوكرانية | | اللغة الإنجليزية | اللغة الأردية | | اللغة الفارسية | اللغة الفيتنامية | | آخر | لا يوجد | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10هل تحتاج إلى مترجم فوري؟  لا  نعم |
| * 1. Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference.   Male  Female  I don’t mind | 1.11هل تفضل أن يكون مقدم خدمة الترجمة الفورية ذكر أم أنثى؟ نرجو أن تكون على دراية بأن إتاحة المترجم الفوري قد تعني أنه ليس من الممكن دائمًا الوفاء بأفضلياتك.  ذكر  أنثى  لا أمانع في أي منهما |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 هل تستطيع القراءة بلغتك الأم؟  لا  نعم  أواجه صعوبة في القراءة |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13هل تستطيع الكتابة بلغتك الأم؟  لا  نعم  أواجه صعوبة في الكتابة |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14هل تحتاج إلى دعم من اختصاصي في لغة الإشارة؟  لا  نعم |
| * 1. Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:  |  |  | | --- | --- | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Next of kin | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Emergency contact (if different) | | * 1. يُرجى تقديم البيانات الخاصة بأحد أقاربك و/أو أحد الأشخاص المقربين الذين يمكننا التواصل معهم في حالات الطوارئ:  |  |  | | --- | --- | | الاسم:  رقم هاتف جهة الاتصال:  العنوان: | بيانات أحد الأقارب المقربين | | الاسم:  رقم هاتف جهة الاتصال:  العنوان: | بيانات جهة الاتصال في حالات الطوارئ (في حالة اختلاف جهة الاتصال) | |
| Section two: Health questions | القسم الثاني: أسئلة صحية |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1هل تعاني الآن وعكة أو مرضًا؟  لا  نعم |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.2هل تحتاج إلى مساعدة عاجلة تتصل بإحدى المشاكل الصحية؟  لا  نعم |
| * 1. Do you 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  Skin complaints or rashes  Blood in your urine  Blood in your stool  Headache  Pain  Low mood  Anxiety  Distressing flashbacks or nightmares  Difficulty sleeping  Feeling like you can’t control your thoughts or actions  Feeling that you want to harm yourself or give up on life  Other | 2.3هل تظهر عليك الآن أي من الأعراض التالية؟ *يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة*  فقدان الوزن  سعال  سعال دموي  تعرق ليلي  إجهاد حاد  مشاكل التنفس  حمى  إسهال  شكاوى جلدية أو طفح جلدي  نزول دم مع البول  نزول دم مع البراز  صداع  ألم  اعتلال المزاج  قلق  ذكريات مؤلمة من الماضي أو كوابيس  صعوبة في النوم  هل تشعر بعدم القدرة على التحكم في أفكارك أو أفعالك  هل تشعر برغبة في إيذاء النفس أو التخلص من الحياة  آخر |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4يُرجى وضع علامة على منطقة (مناطق) الجسم التي تسبب مشكلة (مشاكل) صحية حالية لك |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5هل تعاني أي مشاكل صحية معروفة مستمرة؟  لا  نعم |
| * 1. Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply   Arthritis  Asthma  Blood disorder  Sickle cell anaemia  Thalassaemia  Cancer  Dental problems  Diabetes  Epilepsy  Eye problems  Heart problems  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV or AIDS  High blood pressure  Kidney problems  Liver problems  Long-term lung problem/breathing difficulties  Mental health problems  Low mood/depression  Anxiety  Post-traumatic stress disorder (PTSD)  Previously self-harmed  Attempted suicide  Other  Osteoporosis  Skin disease  Stroke  Thyroid disease  Tuberculosis (TB)  Other | 2.6هل تعاني أو كنت تعاني في أي وقت أيًا مما يلي؟ يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة  التهاب المفاصل  ربو  اضطراب الدم  فقر الدم المنجلي  الثلاسيميا  سرطان  مشاكل الأسنان  داء السكري  صرع  مشاكل العيون  مشاكل القلب  الالتهاب الكبدي (ب)  الالتهاب الكبدي (ج)  فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز  ارتفاع ضغط الدم  مشاكل الكلى  مشاكل الكبد  مشاكل في الرئة/صعوبات في التنفس طويلة الأجل  مشاكل الصحة النفسية  اعتلال المزاج/اكتئاب  قلق  اضطراب كرب ما بعد الصدمة  إيذاء ذاتي سابق  محاولة انتحار  آخر  هشاشة العظام  مرض جلدي  سكتة دماغية  مرض الغدة الدرقية  سل  آخر |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7هل خضعت لأي عملية / جراحة من قبل؟  لا  نعم |
| * 1. If you have had an operation / surgery, how long ago was this?   In the last 12 months  1 – 3 years ago  Over 3 years ago | 2.8إذا كنت قد خضعت لأي عملية / جراحة، منذ متى أجريت لك؟  خلال الـ 12 شهرًا الأخيرة  منذ 1 - 3 سنوات  منذ أكثر من 3 سنوات |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9هل لديك أي إصابات جسدية نتيجة حرب أو صراع أو تعذيب؟  لا  نعم |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10هل تعاني أي مشاكل تتصل بالصحة النفسية؟ هل يمكن أن تكون هذه المشاكل بسبب الحرب أو الصراع أو التعذيب أو الاضطرار للفرار من وطنكم؟  لا  نعم |
| * 1. Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply   Cancer  Diabetes  Depression/Mental health illness  Heart attack  High blood pressure  Stroke  Other | 2.11بعض المشكلات الصحية يمكن أن يكون لها جذور عائلية. هل عانى أي فرد من أفراد أسرتك المباشرة (الأب، والأم، والإخوة، والأجداد) أيًا مما يلي؟ يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة  سرطان  داء السكري  اكتئاب/مرض نفسي  نوبة قلبية  ارتفاع ضغط الدم  سكتة دماغية  آخر |
| * 1. Are you on any prescribed medicines?   No  Yes *–please list your prescribed medicines and doses in the box below*  ***Please bring any prescriptions or medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.12هل تتناول أي أدوية بناءً على وصفة طبية؟  لا  نعم *–يُرجى كتابة* *الأدوية التي تتناولها بناءً على وصفة طبية وجرعاتها في المربع أسفله*  ***يُرجى إحضار الوصفات الطبية أو الأدوية في زيارتك***   |  |  | | --- | --- | | *الاسم* | *الجرعة* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13هل تشعر بالقلق حيال نفاد أي من هذه الأدوية في الأسابيع القليلة المقبلة؟  لا  نعم |
| * 1. Do you 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 medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | 2.14هل تتناول أي أدوية لم يصفها اختصاصي طبي، مثل أدوية اشتريتها من الصيدلية/المتجر/الانترنت أو تلقيتها من الخارج؟  لا  نعم *–يُرجى كتابة الأدوية التي تتناولها وجرعاتها في المربع أسفله*  ***يُرجى إحضار الأدوية في زيارتك***   |  |  | | --- | --- | | *الاسم* | *الجرعة* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15هل تعاني حساسية لأي أدوية؟  لا  نعم |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16هل تعاني حساسية لأي شيء آخر؟ (مثال: أطعمة أو لدغ الحشرات أو القفازات المطاطية)؟  لا  نعم |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17هل تعاني أي إعاقات جسدية أو صعوبات في الحركة؟  لا  نعم |
| * 1. Do you 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 | 2.18هل تعاني ضعفًا في الإحساس؟ *يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة*  لا  عمى  فقدان بصر جزئي  فقدان سمع كامل  فقدان سمع جزئي  مشاكل تتصل بحاسة الشم و/أو التذوق |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19هل لديك أي صعوبات تعلم؟  لا  نعم |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20هل هناك أي شؤون خاصة ترغب في مناقشتها/إثارتها مع اختصاصي الرعاية الصحية في زيارتك التالية؟  لا  نعم |
| Section three: Lifestyle questions | القسم الثالث: أسئلة تتصل بنمط الحياة |
| * 1. How often do you drink alcohol?   Never  Monthly or less  2-4 times per month  2-3 times per week  4 or more times per week  *There is* ***1 unit*** *of alcohol in:*    *½ pint glass of beer*    *1 small glass of wine*     1. *single measure of spirits* | 3.1كم عدد المرات التي تتناول فيها الكحوليات؟  مطلقًا  مرة واحدة شهريًا أو أقل من ذلك  2-4 مرات شهريًا  2-3 مرات أسبوعيًا  4 مرات أو أكثر أسبوعيًا  *توجد* ***وحدة واحدة*** *من الكحول في:*    *كوب من البيرة سعته ½ باينت*    *كوب واحد صغير من الخمر*    *مقدار واحد من المشروبات الروحية* |
| * 1. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 or more | 1. كم عدد وحدات الكحول التي تتناولها في الأيام التي تعاقر فيها الشراب؟   0-2  3-4  5-6  7-9  10 أو أكثر |
| 1. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?   Never  Less than monthly  Monthly  Weekly  Daily or almost daily | * 1. كم عدد المرات التي تناولت فيها 6 وحدات أو أكثر إذا كنتِ أنثى أو 8 وحدات أو أكثر إذا كنت ذكرًا في المرة الواحدة على مدار السنة الماضية؟   مطلقًا  أقل من مرة واحدة شهريًا  مرة واحدة شهريًا  مرة واحدة أسبوعيًا  مرة واحدة يوميًا أو شبه يومي |
| * 1. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?   Never  I have quit taking drugs that might be harmful  Yes | 1. هل تتعاطى أي مواد من الممكن أن تضر بصحتك، مثل القنب أو الكوكايين أو الهيروين؟   مطلقًا  امتنعت عن تعاطي أي مواد مخدرة قد تكون مضرة  نعم |
| 1. Do you smoke?   Never  I have quit smoking  Yes  Cigarettes  How many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  How many years have you smoked for? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tobacco    Would you like help to stop smoking?  Yes  No | * 1. هل تدخن؟   مطلقًا  توقفت عن التدخين  نعم  سجائر  كم عدد السجائر التي تدخنها يوميًا؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  منذ متى تدخن؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_  التبغ    هل تحتاج إلى مساعدة من أجل التوقف عن التدخين؟  نعم  لا |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 1. هل تمضغ التبغ؟   مطلقًا  توقفت عن مضغ التبغ  نعم |
| Section four: Vaccinations | القسم الرابع: التطعيمات |
| * 1. Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?   ***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.***  No  Yes  I don’t know | 4.1هل حصلت على جميع التطعيمات التي يوفرها بلد منشأك للأطفال؟  ***إذا كان لديك سجل بالتطعيمات التي حصلت عليها، يُرجى إحضاره في زيارتك.***  لا  نعم  لا أعرف |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2هل تم تلقيحك ضد السل؟  لا  نعم  لا أعرف |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3هل تم تلقيحك ضد كوفيد-19؟  لا  نعم  جرعة واحدة  جرعتان  ثلاث جرعات  أكثر من ثلاث جرعات  لا أعرف |
| Section five: Questions for female patients only | القسم الخامس: مخصص للإناث فقط |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1هل أنت حامل؟  لا  قد أكون حاملًا  نعم  كم عمر حملك بالأسبوع؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Do you use contraception?   No  Yes  What method do you use?  Barrier contraception *e.g. condoms, gel*  Oral contraceptive pill  Copper Coil/Intrauterine device (IUD)  Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*  Contraceptive injection  Contraceptive implant  Other | 5.2هل تستخدمين إحدى وسائل منع الحمل؟  لا  نعم  ما الوسيلة التي تستخدمينها؟  وسائل منع الحمل الحاجزة، *مثل الواقي الذكري أو الجل مبيد النطاف*  حبوب منع الحمل عن طريق الفم  لولب نحاسي/رحمي  لولب هرموني/رحمي، *مثل ميرينا*  حقن منع الحمل  غرسة منع الحمل  آخر |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3هل تحتاجين إلى استخدام إحدى وسائل منع الحمل على نحو عاجل؟  لا  نعم |
| * 1. Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.   No  Yes  I would like to be given more information | 5.4هل سبق أن أجريت مسحة عنق الرحم أو خضعتِ لاختبار مسحة عنق الرحم؟ يستهدف هذا الاختبار الاطمئنان على صحة عنق رحمك ووقايتك من سرطان عنق الرحم.  لا  نعم  أرغب في الحصول على مزيد من المعلومات |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5هل سبق أن خضعتِ لاستئصال الرحم (عملية لإزالة الرحم وعنق الرحم)؟  لا  نعم |
| * 1. As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | * 1. بوصفك أنثى، هل هناك أي شؤون خاصة ترغبين في مناقشتها/إثارتها مع اختصاصي الرعاية الصحية في زيارتك التالية؟   لا  نعم |
| If there is something 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. | إذا كانت هناك أي شؤون تشعرين بعدم الارتياح لمشاركتها في هذا النموذج وترغبين في مناقشتها مع أحد الأطباء، يُرجى الاتصال بالممارس العام وحجز موعد. |