|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Français** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Questionnaire du nouveau patient pour les migrants nouvellement arrivés au Royaume-Uni |
| 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. | Tout le monde a le droit de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste. Vous n'avez pas besoin de justificatif de domicile, de statut d'immigrant, de pièce d'identité ou de numéro NHS pour vous inscrire auprès d'un médecin généraliste. Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations sur votre santé afin que les professionnels de santé de votre cabinet de médecine générale puissent comprendre de quel soutien, traitement et services spécialisés vous avez besoin, conformément aux politiques de confidentialité et de partage des données du service de soins britannique (National Health Service).   Votre médecin généraliste ne divulguera pas les informations que vous fournissez à des fins autres que pour vos soins directs, sauf si : vous y avez consenti (par exemple, pour soutenir la recherche médicale) ; ou s'il est tenu de le faire par la loi (par exemple, pour protéger d'autres personnes contre un préjudice grave) ; ou parce que c'est dans l'intérêt public (par exemple, si vous souffrez d'une maladie transmissible). De plus amples informations sur la manière dont votre médecin généraliste utilisera vos informations sont disponibles auprès de votre cabinet médical.Renvoyez vos réponses à votre cabinet médical. |
| Section one: Personal details | Première partie : Informations personnelles |
| Full name: | Nom et prénom : |
| Address:  | Adresse :  |
| Telephone number: | Numéro de téléphone : |
| Email address: | Adresse e-mail : |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Veuillez répondre à toutes les questions et cocher toutes les réponses qui vous concernent.** |
| * 1. Date questionnaire completed:
 | 1.1Date à laquelle le questionnaire a été rempli :  |
| 1.2 Which of the following best describes you? [ ] Male [ ] Female [ ] Other [ ] Prefer not to say  | 1.2 Laquelle des propositions suivantes vous décrit le mieux ? [ ] Homme [ ] Femme [ ] Autre [ ] Je préfère ne pas l'indiquer  |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?[ ] No[ ] Yes[ ] Prefer not to say  | 1.3 Est-ce le même sexe que celui que vous aviez à la naissance ?[ ] Non[ ] Oui[ ] Je préfère ne pas l'indiquer  |
| 1.4Date of birth: Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Date de naissance : Jour\_\_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_\_
 |
| 1.5 Religion: [ ] Buddhist [ ] Christian [ ] Hindu [ ] Jewish [ ] Muslim [ ] Sikh [ ] Other religion[ ] No religion | 1.5 Religion : [ ] Bouddhiste [ ] Chrétien [ ] Hindou [ ] Juif [ ] Musulman [ ] Sikh [ ] Autre religion[ ] Pas de religion |
| 1.6 Marital status:[ ] Married/civil partner [ ] Divorced [ ] Widowed [ ] None of the above | 1.6 État civil :[ ] Marié(e)/pacsé(e) [ ] Divorcé(e) [ ] Veuf/veuve [ ] Aucunes des propositions énoncées ci-dessus |
| * 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 Orientation sexuelle : [ ] Hétérosexuel(le) (attiré(e) par le sexe opposé) [ ] Homosexuel(le) (attiré(e) par le même sexe) [ ] Bisexuel(le) (attiré(e) par les hommes et les femmes) [ ] Je préfère ne pas l'indiquer[ ] Autre |
| * 1. Main spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ] Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other |  |

 | 1.8 Principale langue parlée :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanais | [ ] Russe |
| [ ] Arabe | [ ] Tigrigna |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainien |
| [ ] Anglais | [ ] Ourdou |
| [ ] Persan | [ ] Vietnamien |
| [ ] Autre |  |

 |
| * 1. Second spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ]  Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other | [ ] None |

 | 1.9 Seconde langue parlée :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanais | [ ]  Russe |
| [ ] Arabe | [ ] Tigrigna |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainien |
| [ ] Anglais | [ ] Ourdou |
| [ ] Persan | [ ] Vietnamien |
| [ ] Autre | [ ] Aucune |

 |
| * 1. Do you need an interpreter?

[ ] No [ ] Yes  | 1.10Avez-vous besoin d'un interprète ? [ ] Non [ ] Oui  |
| * 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 | 1.11Préférez-vous un interprète masculin ou féminin ? Veuillez noter qu'en fonction de la disponibilité des interprètes, il n'est pas toujours possible de satisfaire vos préférences.[ ] Homme[ ] Femme[ ] Aucune préférence |
| 1.12 Are you able to read in your own language?[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty reading | 1.12 Pouvez-vous lire dans votre propre langue ?[ ] Non[ ] Oui[ ] J'ai des difficultés à lire |
| * 1. Are you able to write in your own language?

[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty writing | 1.13Êtes-vous capable d'écrire dans votre propre langue ?[ ] Non[ ] Oui[ ] J'ai des difficultés à écrire |
| * 1. Do you need sign language support?

[ ] No[ ] Yes | 1.14Avez-vous besoin d'un soutien en langue des signes ?[ ] Non[ ] Oui |
| * 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) |

 | 1.15Veuillez indiquer les coordonnées d’un membre proche de votre famille et/ou d'une personne que nous pouvons contacter en cas d'urgence :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :Numéro de téléphone de la personne à contacter :Adresse : | Parent proche   |
| Nom :Numéro de téléphone de la personne à contacter :Adresse : | Personne à contacter en cas d’urgence (si différent) |

 |
| Section two: Health questions | Deuxième partie : Questions de santé |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?

[ ] No [ ] Yes | 2.1Vous sentez-vous actuellement mal ou malade ?[ ] Non [ ] Oui |
| Do you need an urgent help for your health problem?[ ] No [ ] Yes | 2.2Vous avez besoin d'une aide urgente pour votre problème de santé ?[ ] Non [ ] Oui |
| * 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 | 2.3Souffrez-vous actuellement de l'un des symptômes suivants ? *Cochez toutes les options applicables*[ ] Perte de poids[ ] Toux[ ] Cracher du sang[ ] Sueurs nocturnes[ ] Fatigue extrême[ ] Problèmes respiratoires[ ] Fièvre[ ] Diarrhée[ ] Rougeurs ou éruptions cutanées[ ] Sang dans vos urines[ ] Sang dans vos selles[ ] Maux de tête[ ] Douleurs[ ] État dépressif[ ] Anxiété[ ] Flashbacks ou cauchemars angoissants[ ] Insomnie[ ] Sentiment de ne pas pouvoir contrôler ses pensées ou ses actions[ ] Sentiment de vouloir se faire du mal ou de renoncer à la vie[ ] Autre |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)
 | 2.4Veuillez indiquer sur l’image du corps la ou les zones où vous rencontrez des problèmes de santé actuellement  |



|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?

[ ] No[ ] Yes | 2.5Avez-vous des problèmes de santé connus et dont vous souffrez actuellement ?[ ] Non[ ] Oui |
| * 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  | 2.6Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l’un des problèmes suivants ? Cochez toutes les options applicables[ ] Arthrite[ ] Asthme[ ] Problème sanguin [ ] Drépanocytose [ ] Thalassémie[ ] Cancer[ ] Problèmes dentaires[ ] Diabète[ ] Épilepsie[ ] Problèmes oculaires[ ] Problèmes cardiaques[ ] Hépatite B[ ] Hépatite C[ ] VIH ou SIDA[ ] Hypertension artérielle[ ] Problèmes rénaux[ ] Problèmes de foie[ ] Problème pulmonaire à long terme/difficultés respiratoires [ ] Problème de santé mentale [ ] Trouble de l’humeur/dépression[ ] Anxiété[ ] Trouble de stress post-traumatique (TSPT)[ ] Antécédent d’automutilation[ ] Tentative de suicide[ ] Autre [ ] Ostéoporose[ ] Maladie de la peau[ ] AVC[ ] Maladie thyroïdienne [ ] Tuberculose (TB)[ ] Autre  |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?

[ ] No[ ] Yes | 2.7Avez-vous déjà subi des opérations / chirurgie ?[ ] Non[ ] Oui |
| * 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 | 2.8Si vous avez subi une opération chirurgicale, à quand remonte-t-elle ?[ ]  Au cours des 12 derniers mois[ ]  1 – 3 ans[ ]  Plus de 3 ans |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?

[ ] No[ ] Yes | 2.9Avez-vous des blessures physiques suite à une guerre, des conflits ou de la torture ?[ ] Non[ ] Oui |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?

[ ] No[ ] Yes | 2.10Avez-vous des problèmes de santé mentale ? Cela peut être la conséquence d’une guerre, d’un conflit, de tortures ou d'un départ forcé de votre pays ?[ ] Non[ ] Oui |
| * 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  | 2.11Certains problèmes médicaux peuvent être héréditaires. Un membre de votre famille immédiate (père, mère, frères et sœurs et grands-parents) a-t-il/elle eu ou souffre-t-il/elle de l'une des maladies suivantes ? Cochez toutes les options applicables[ ] Cancer[ ] Diabète[ ] Dépression/maladie mentale[ ] Crise cardiaque[ ] Hypertension artérielle[ ] AVC[ ] Autre  |
| * 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* |
|  |  |

 | 2.12Prenez-vous des médicaments qui vous ont été prescrits ? [ ] Non [ ] Oui *–Veuillez indiquer* *les médicaments qui vous ont été prescrits et les doses dans l'espace ci-dessous****Veuillez apporter toute ordonnance ou tout médicament à votre rendez-vous***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nom*  | *Dose* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?

[ ] No [ ] Yes  | 2.13Craignez-vous de manquer de l'un de ces médicaments dans les prochaines semaines ? [ ] Non [ ] Oui  |
| * 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* |
|  |  |

 | 2.14Prenez-vous des médicaments qui n'ont pas été prescrits par un professionnel de la santé, par exemple des médicaments que vous avez achetés dans une pharmacie, un magasin, sur Internet ou que vous vous êtes fait livrer de l'étranger ?[ ] Non [ ] Oui *–Veuillez indiquer les médicaments qui vous ont été prescrits et les doses dans l'espace ci-dessous****Veuillez apporter tout médicament à votre rendez-vous***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nom*  | *Dose* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you allergic to any medicines?

[ ] No [ ] Yes  | 2.15Êtes-vous allergique à un médicament ?[ ] Non [ ] Oui  |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?

[ ] No[ ] Yes | 2.16Êtes-vous allergique à autre chose ? (par exemple, aliments, piqûres d'insectes, gants en latex) ? [ ] Non[ ] Oui |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?

[ ] No[ ] Yes | 2.17Avez-vous un handicap physique ou des problèmes de mobilité ? [ ] Non[ ] Oui |
| * 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 | 2.18Avez-vous des déficiences sensorielles ? *Cochez toutes les options applicables*[ ] Non[ ] Cécité[ ] Perte partielle de la vue[ ] Perte auditive totale [ ] Perte auditive partielle[ ] Problèmes d’odorat et/ou de goût |
| * 1. Do you have any learning difficulties?

[ ] No[ ] Yes | 2.19Avez-vous des problèmes d’apprentissage ?[ ] Non[ ] Oui |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?

[ ] No[ ] Yes | 2.20Y a-t-il une question privée particulière que vous aimeriez aborder/soulever lors de votre prochain rendez-vous avec un professionnel de la santé ? [ ] Non[ ] Oui |
| Section three: Lifestyle questions | Troisième partie : Questions sur le mode de vie |
| * 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*
 | 3.1À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? [ ] Jamais [ ] Mensuellement ou moins[ ] 2 à 4 fois par mois[ ] 2 à 3 fois par semaine[ ] 4 fois ou plus par semaine*Il y a* ***une unité*** *d'alcool dans :**½ pinte (275 ml) de bière* *1 petit verre de vin* *1 dose de spiritueux*  |
| * 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. Combien d'unités d'alcool consommez-vous au cours d'une journée typique lorsque vous buvez ?

[ ] 0-2[ ] 3-4[ ] 5-6[ ] 7-9[ ] 10 ou plus |
| * 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 | c.Combien de fois avez-vous consommé 6 unités d’alcool ou plus si vous êtes une femme, ou 8 unités ou plus si vous êtes un homme, en une seule occasion au cours des douze derniers mois ?[ ] Jamais[ ] Moins souvent qu’une fois par mois[ ] Mensuellement[ ] Hebdomadairement[ ] Tous les jours ou presque |
| * 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 | d.Prenez-vous des drogues susceptibles de nuire à votre santé, par exemple du cannabis, de la cocaïne ou de l'héroïne ? [ ] Jamais[ ] Je ne prends plus de drogues qui pourraient être dangereuses [ ] Oui |
| * 1. Do you smoke?

[ ] Never [ ] I have quit smoking[ ] Yes [ ] CigarettesHow many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ How many years have you smoked for?\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tobacco Would you like help to stop smoking? [ ] Yes [ ] No | e.Fumez-vous ? [ ] Jamais [ ] J'ai arrêté de fumer[ ] Oui [ ] Combien de cigarettesPar jour ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Depuis combien d'années fumez-vous ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tabac Voulez-vous de l'aide pour arrêter de fumer ? [ ] Oui [ ] Non |
| * 1. Do you chew tobacco?

[ ] Never[ ] I have quit chewing tobacco[ ] Yes | f.Est-ce que vous chiquez du tabac ?[ ] Jamais[ ] J'ai arrêté de chiquer du tabac[ ] Oui |
| Section four: Vaccinations | Quatrième partie : Vaccins |
| * 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 | 4.1Avez-vous reçu tous les vaccins infantiles proposés dans votre pays d'origine ?***Si vous avez un carnet de vaccination, veuillez l'apporter lors de votre rendez-vous.***[ ] Non[ ] Oui[ ] Je ne sais pas |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?

[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 4.2Avez-vous été vacciné(e) contre la tuberculose (TB) ?[ ] Non[ ] Oui[ ] Je ne sais pas |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?

[ ] No[ ] Yes [ ] 1 dose[ ] 2 doses[ ] 3 doses[ ] More than 3 doses[ ] I don’t know | 4.3Avez-vous été vacciné(e) contre le COVID-19 ?[ ] Non[ ] Oui [ ] 1 dose[ ] 2 doses[ ] 3 doses[ ] Plus de 3 doses[ ] Je ne sais pas |
| Section five: Questions for female patients only | Cinquième partie : Questions pour les patientes uniquement |
| * 1. Are you pregnant?

[ ] No[ ] I might be pregnant[ ] YesHow many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Êtes-vous enceinte ?[ ] Non[ ] Je pourrais être enceinte[ ] OuiVous êtes enceinte de combien de semaines ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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 | 5.2Utilisez-vous un moyen de contraception ?[ ] Non [ ] Oui Quelle méthode utilisez-vous ?[ ] Contraception par action mécanique *par ex. préservatifs, gel* [ ] Pilule contraceptive orale[ ] Stérilet/Dispositif intra-utérin (DIU)[ ] Stérilet hormonal/Système intra-utérin (SIU) *par ex. Mirena*[ ] Injection contraceptive[ ] Implant contraceptif[ ] Autre |
| * 1. Do you urgently need any contraception?

[ ] No [ ] Yes | 5.3Avez-vous besoin d'une contraception de toute urgence ?[ ] Non [ ] Oui |
| * 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 | 5.4Avez-vous déjà subi un frottis cervical ou un test de frottis ? Ce test permet de vérifier la santé de votre col de l'utérus et de prévenir le cancer du col de l'utérus.[ ] Non[ ] Oui[ ] Je souhaite recevoir plus d'informations |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?

[ ] No[ ] Yes | 5.5Avez-vous subi une hystérectomie (opération consistant à enlever l'utérus et le col de l'utérus) ?[ ] Non[ ] Oui |
| * 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 | 5.6En tant que femme, y a-t-il une question privée particulière que vous aimeriez aborder/soulever lors de votre prochain rendez-vous avec un professionnel de la santé ? [ ] Non[ ] Oui |
| 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. | S’il y a quelque chose qui vous gêne et que vous ne souhaitez pas partager dans ce formulaire et que vous voulez l'aborder avec un médecin, veuillez appeler votre médecin généraliste et prendre rendez-vous. |