|  |  |
| --- | --- |
| **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 |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 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  Cigarettes  How 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 cigarettes  Par 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  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Êtes-vous enceinte ?  Non  Je pourrais être enceinte  Oui  Vous 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. |