|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **اللغة الإنجليزية / Arabic** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | استبيان المرضى المخصص للمهاجرين الوافدين حديثًا إلى المملكة المتحدة: الأطفال والشباب |
| 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. | 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 صحة الأطفال كي يتسنى للاختصاصيين الصحيين في الممارسة العامة تفهم نوع الدعم والعلاج والخدمات المتخصصة التي قد يحتاجها الأطفال وفقًا لسياسات السرية وتبادل البيانات المعمول بها لدى هيئة الخدمات الصحية الوطنية.  **يجوز للشباب المستحقين تحت سن 18 سنة ملء النموذج المخصص للبالغين بأنفسهم.**  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. |
| Person completing | تستكمل البيانات التالية بمعرفة الشخص القائم بالإجابة عن أسئلة الاستبيان |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | من القائم بالإجابة عن أسئلة هذا الاستبيان:  والد الطفل  الوصي القانوني/مقدم الرعاية للطفل |
| Section one: Personal details | القسم الأول: بيانات شخصية |
| Child’s full name: | اسم الطفل بالكامل: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | تاريخ ميلاد الطفل:  يوم \_\_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_\_\_ سنة \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | عنوان الطفل: |
| Mother’s name: | اسم الأم: |
| Father’s name: | اسم الأب: |
| Contact telephone number(s): | رقم (أرقام) هاتف جهة الاتصال: |
| Email address: | عنوان البريد الإلكتروني: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات التي تنطبق على طفلك.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1أي الصفات التالية تصف طفلك على النحو الأفضل:  ذكر  أنثى  آخر  أفضل عدم التصريح |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 الديانة:  بوذي  مسيحي  هندوسي  يهودي  مسلم  سيخ  ديانة أخرى  لا ديني |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 اللغات 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 | | 1.4اللغة 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. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5هل يحتاج طفلك إلى مترجم فوري؟  نعم  لا |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6هل يحتاج طفلك إلى دعم من اختصاصي في لغة الإشارة؟  لا  نعم |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7من الذي يعيش في نفس المنزل بصحبة طفلك الآن في المملكة المتحدة؟  الأم  الأب  أخ (أخوة)  كم عددهم؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ما أعمارهم؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  أخت (أخوات)  كم عددهن؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ما أعمارهن؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  آخر  كم عددهم؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8هل يداوم طفلك بدار حضانة أو مدرسة؟  لا  طفلي عمره أقل من عامين  تقدمنا لإلحاق الطفل بدار حضانة/مدرسة ولكن لم يتم تخصيص دار حضانة/مدرسة بعد  أريد الحصول على معلومات بشأن المكان الذي يمكنني الحصول منه على دعم للتقدم بطلب التحاق بدار حضانة أو مدرسة  نعم – *يُرجى تحديد اسم دار حضانة أو مدرسة* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | القسم الثاني: أسئلة صحية |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1هل لديك أي مخاوف بشأن صحة طفلك؟  لا  نعم |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2هل يعاني طفلك الآن وعكة أو مرضًا؟  لا  نعم |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3هل يحتاج طفلك إلى مساعدة عاجلة تتصل بإحدى المشاكل الصحية؟  لا  نعم |
| * 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 | 2.4هل تظهر على طفلك 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  إمساك  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  رغبة في إيذاء النفس أو التخلص من الحياة  آخر |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5يُرجى وضع علامة على منطقة (مناطق) الجسم التي تسبب مشكلة (مشاكل) صحية حالية للطفل |

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 | 2.6هل وُلد طفلك قبل موعد ولادته (وُلد قبل إتمام 37 أسبوع/8.5 أشهر من الحمل)؟  لا  نعم |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7هل عانى طفلك أي مشاكل صحية بعد الولادة مباشرة، مثل مشاكل في التنفس أو عدوى أو إصابة في المخ؟  لا  نعم |
| * 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 | **2.8مخصص للأطفال حديثي الولادة فقط (حتى سن 3 أشهر):** هل خضع طفلك للفحص الطبي بواسطة ممارس عام (طبيب) في عمر 6-8 أسابيع بعد الولادة؟  لا  نعم |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9هل يعاني طفلك أي مشاكل صحية؟  لا  نعم |
| * 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 | 2.10هل يعاني طفلك أيًا مما يلي؟ يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة  ربو  اضطراب الدم  فقر الدم المنجلي  الثلاسيميا  سرطان  مشاكل الأسنان  داء السكري  صرع  مشاكل العيون  مشاكل الأنف والأذن والحنجرة  مشاكل القلب  الالتهاب الكبدي (ب)  الالتهاب الكبدي (ج)  فيروس نقص المناعة البشرية  مشاكل الكلى  مشاكل الكبد  مشاكل الصحة النفسية  اعتلال المزاج/اكتئاب  قلق  اضطراب كرب ما بعد الصدمة  إيذاء ذاتي سابق  محاولة انتحار  آخر  مرض جلدي  مرض الغدة الدرقية  سل  آخر |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11هل خضع طفلك لأي عملية / جراحة من قبل؟  لا  نعم |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12هل لدى طفلك أي إصابات جسدية نتيجة حرب أو صراع أو تعذيب؟  لا  نعم |
| * 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 | 2.13هل يعاني طفلك أي مشاكل تتصل بصحته النفسية؟ هل يمكن أن تكون هذه المشاكل بسبب الحرب أو الصراع أو التعذيب أو الاضطرار للفرار من وطنكم؟  لا  نعم |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14هل يعاني طفلك أي إعاقات جسدية أو صعوبات في الحركة؟  لا  نعم |
| * 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 | 2.15هل يعاني طفلك 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 think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | 2.16هل تعتقد أن طفلك يعاني أي صعوبات تعلم أو مشاكل سلوكية؟  لا  نعم |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | 2.17هل لديك أي مخاوف بشأن نمو طفلك، مثل وزنه/طوله؟  لا  نعم |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | * 1. **مخصص للرضع فقط:** هل يعاني طفلك أي مشاكل تغذية، مثل القيء أو الارتجاع أو رفض الحليب؟   لا  نعم |
| * 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. هل عانى أي فرد من أفراد أسرة طفلك المباشرة (الأب، والأم، والإخوة، والأجداد) أيًا مما يلي؟   ربو  سرطان  اكتئاب/مرض نفسي  داء السكري  نوبة قلبية  الالتهاب الكبدي (ب)  ارتفاع ضغط الدم  فيروس نقص المناعة البشرية  صعوبات تعلم  سكتة دماغية  سل  آخر |
| * 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. هل يتناول طفلك أي أدوية بناءً على وصفة طبية؟   لا  نعم *–يُرجى كتابة الأدوية التي يتناولها طفلك بناءً على وصفة طبية وجرعاتها في المربع أسفله*  ***يُرجى إحضار الوصفات الطبية أو الأدوية في زيارة الطفل***   |  |  | | --- | --- | | *الاسم* | *الجرعة* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | * 1. هل تشعر بالقلق حيال نفاد أي من هذه الأدوية في الأسابيع القليلة المقبلة؟   لا  نعم |
| * 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. هل يتناول طفلك 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 زيارة الطفل***   |  |  | | --- | --- | | *الاسم* | *الجرعة* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | * 1. هل يعاني طفلك حساسية لأي أدوية؟   لا  نعم |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | * 1. هل يعاني طفلك حساسية لأي شيء آخر؟ (مثال: أطعمة أو لدغ الحشرات أو القفازات المطاطية)؟   لا  نعم |
| Section three: Vaccinations | القسم الثالث: التطعيمات |
| * 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. هل حصل طفلك على جميع التطعيمات التي يوفرها بلد منشأه للأطفال في عمره؟   ***إذا كان لديك سجل بالتطعيمات، يُرجى إحضاره في زيارة الطفل.***  لا  نعم  لا أعرف |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | * 1. هل تم تلقيح طفلك ضد السل؟   لا  نعم  لا أعرف |
| * 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 | 3.3هل تم تلقيح طفلك ضد كوفيد-19؟  لا  نعم  جرعة واحدة  جرعتان  ثلاث جرعات  أكثر من ثلاث جرعات  لا أعرف |
| 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 | إذا كانت هناك أي شؤون تتصل بصحة طفلك وتشعر بعدم الارتياح لمشاركتها في هذا النموذج وترغب في مناقشتها مع أحد الأطباء، يُرجى الاتصال بالممارس العام وحجز موعد |