|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Amharic / እንግሊዝኛ** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | ወደ UK አዲስ ለመጡ ስደተኞች የሚቀርብ የታካሚ መጠየቅ፦ ልጆች እና ወጣት ልጆች |
| 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. | እያንዳንዱ ሰው በ GP ላይ የመመዝገብ መብት አለው አድራሻን፣ የስደተኝነት ሁኔታን፣ መታወቂያን ወይም በGP ላይ የተመዘገቡበትን የ NHS ቁጥር ማረጋገጫ ማቅረብ አያስፈልግዎትም።  ይህ መጠይቅ የሚደረገው የጤና ባለሙያዎች በእርስዎ GP ተግባር አማካይነት ምን ዓይነት እርዳታ፣ ህክምና ለልጆችዎ ሊያስፈልግ እንደሚችል ለመረዳት እና ሚስጥራዊነቱን በጠበቀ መልኩ እና የብሔራዊ የጤና አገልግሎት የመረጃ ማጋራት መምሪያዎችን መሰረት ባደረገ መልኩ ምን ዓይነት የስፔሻሊስት አገልግሎቶች ለልጆችዎ እንደሚያስፈል ለመረዳት እንዲችሉ ስለጤናዎ መረጃን ለመሰብሰብ ነው።  **ተወዳዳሪ የሆኑ ከ 18 ዓመት በታች ያሉት ወጣቶች የአውቂ ሰዎችን ቅጂ ለራሳቸው ሊሞሊ ይችላሉ።**  የእርስዎ GP እርስዎ በቀጥታ ለእርስዎ ከሚሰጠው እንክብካቤ ዓላማዎች ውጪ ማንኛውንም የእርስዎን መረጃዎች አያሳይም፤ ይህ ሊሆን የሚችለው ግን፡ እርስዎን (ለምሳሌ፦ የህክምና ምርመራን ለመርዳት)ተስማምተው ካልሆነ፤ ወይም እነርሱ በሕግ አስገዳጅነት እንዲያደርጉ ተደርገው ካልሆነ (ለምሳሌ፦ከከፋ ጉዳት ሌሎችን ሰዎች ለመከላከል)፤ ወይም የሕዝብ ፍላጎትን ጨፍልቆ ከሆነ (ለምሳሌ፦ እርስዎን ተላላፊ በሆነ በሽታ እየተሰቃዩ ከሆነ) በስተቀር አይገልጽም። የእርስዎ GP የእርስዎን መረጃ እንዴት እንደሚጠቀም የበለጠ መረጃ ለማግኘት በእርስዎ የ GP ተግባር ላይ ያገኙታል።    የእርስዎን መልሶችን በእርስዎ የ GP ተግባር ላይ ይመልሱት። |
| Person completing | በግል የሚሞላ |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | ይህን ቅጽ ሊሞላው የሚገባው፦  የልጅ ወላጅ  የልጅ ሕጋዊ አሳዳጊ/እንክብካቤ ሰጪ |
| Section one: Personal details | ክፍል አንድ፡ የግል ዝርዝር መረጃ |
| Child’s full name: | የልጁ ሙሉ ስም፦ |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | የልጁ ትውልድ ቀን፦   ቀን\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ወር\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ዓመት \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | የልጁ አድራሻ፦ |
| Mother’s name: | የእናት ስም፦ |
| Father’s name: | የአባት ስም፦ |
| Contact telephone number(s): | የሚገኝበት የስልክ ቁጥር (ሮች)፦ |
| Email address: | የኢሜይል አድራሻ፦ |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **እባክዎን ልጅዎን የሚመለከቱትን ሁሉንም የመልስ ሳጥኖች ላይ ምልክት ያድርጉ።** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | * 1. ከሚከተሉት ውስጥ በጥሩ ሁኔታ የእርስዎን ልጅ የሚገልጸው፦   ወንድ  ሴት  ሌላ  መግለጽ አልፈልግም |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 ሃይማኖት፦  የቡድሃ ሃይማኖት ተከታይ  ክርስቲያን  ህንዱ  ይሁድነት  ሙስልም  ሲካህ  ሌላ ሃይማኖት  ሃይማኖት የለሽ |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 በዋናነት የሚነገር ቋንቋ፦   |  |  | | --- | --- | | አልባኒያኛ | ራሽኛ | | ዓረብኛ | ትግሪኛ | | ዳሪ | ዩክሬዬንኛ | | እንግሊዝኛ | ኡርዱ | | ፓሪሽያኛ | ቬትናም | | ሌላ |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | * 1. በሁለተኛ ደረጃ የሚናገሩት ቋንቋ፦  |  |  | | --- | --- | | አልባኒያኛ | ራሽኛ | | ዓረብኛ | ትግሪኛ | | ዳሪ | ዩክሬዬንኛ | | እንግሊዝኛ | ኡርዱ | | ፓሪሽያኛ | ቬትናም | | ሌላ | የለም | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | * 1. ልጅዎ አስተርጓሚ ይፈልጋል?   አዎን  አይ |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | * 1. ልጅዎ የምልክት ቋንቋ ላይ የሚያግዝ ሰው ይፈልጋል?   አይ  አዎን |
| * 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. ልጅዎ አሁን በ UK በሚኖርበት ጊዜ ከእርሱ ጋር የሚኖር የቤተሰብ አባል ማን ነው?   እናት  አባት  ወንድም (ሞች)  ስንት ናቸው? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ዕድሜው ስንት ነው? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  እህት(ቶች)  ስንት ናቸው? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ዕድሜው ስንት ነው? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ሌላ  ስንት ናቸው? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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. ልጅዎ ቅድመ ትምህርት ቤት ወይም ትምህርት ቤት ይሄዳል?   አይ  ልጄ ከ 2 ዓመት በታች ነው  ቦታ ለማግኘት አመልክተናል ነገር ግንእስከ አሁን የቅመድ ትምህርት ቤት/ትምህርት ቤት ቦታ አልተመደብን  ለቅድመ ትምህርት ቤት ወይም ለትምህርት ቤት የት ቦታ ማመልከት እንዳለብን እገዛ ከየት ማግኘት እንደምንችል መረጃ ማግኘት እፈልጋለሁ  አዎን - *እባክዎን የቅድመ ትምህርት ቤት ወይም የትምህርት ቤት ስም ይስጡኝ* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | ክፍል ሁለት፦ የጤና ጥያቄዎች |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | * 1. ስለ ልጅዎ የሚሰማዎት ስጋት አለብዎት?   አይ  አዎን |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | * 1. በአሁኑ ጊዜ ልጅዎ ደኅንነት አይሰማውም ወይም ታማሚ ነው?   አይ  አዎን |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | * 1. ልጅዎ ለጤናው ችግር አስቸኳይ ድጋፍ ያስፈልገዋል?   አይ  አዎን |
| * 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. በአሁኑ ጊዜ ከሚከተሉት የህመም ምልክቶች ውስጥ ማንኛውም ዓይነት ልጅዎ ላይ ይታያል? እባክዎን ተገቢነት ያላቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ   የክብደት መቀነስ  ሳል  ደም የተቀላቀለ አክታ  ሌሊት ማላብ  ከፍተኛ የሆነ የድካም ስሜት  የመተንፈስ ችግሮች  ትኩሳት  ተቅማጥ  ሆድ ድርቀት  የቆዳ መቆጣት ወይም ሽፍታዎች  ሽንታቸው ውስጥ ደም መቀላቀል  ሰገራቸው ውስጥ ደም መቀላቀል  የራስ ምታት  ህመም  የስሜት መቀዛቀዝ  የጭንቀት ስሜት  ከጫናየሚመጣ ምላሽ ወይም የሌሊት የህልምቅዠት  መተኛት አለመቻል  ራሳቸው መጉዳት የመፈለግ ወይም በሕይወት ላይ ተስፋ የመቁረጥ ስሜት መሰማት  ሌላ |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | * 1. እባክዎን በአሁኑ ጊዜ የጤና ችግር (ሮች) እየገጠማቸው ያለበትን ቦታ (ዎች) ላይ በሰውነት ምስል ላይ ምልክት ያድርጉ |

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. ልጅዎ የተወለደው ወሩን ሳይሞላ (ቀደም ብሎ የተወለደ - ከ 37 ሳምንታት በፊት/በ8.5 ወራ የእርግዝና ጊዜ) ነው?   አይ  አዎን |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | * 1. ልጅዎ እንደተወለደ ወዲያውኑ አጋጥሞት የነበረ የጤና ችግር ለምሳሌ፦ የአተነፋፈስ ችግር፣ ኢንፌክሽን፣ የአእምሮ ጉዳት ነበር?   አይ  አዎን |
| * 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. **አሁን የተወለዱ ጭቅላ ሕጻናት (እስከ 3 ወራት ዕድሜ ያላቸው)፦** ልጅዎ ከተወለደ በኋላ ከ 6-8 ሳምንታት ያህል በ GP (ሃኪም) ምርመራ ነበረው?   አይ  አዎን |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | * 1. ልጅዎ የታወቀ የጤና ችግሮችን አለበት?   አይ  አዎን |
| * 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. በአሁኑ ጊዜ ከሚከተሉት ውስጥ ማንኛውም ዓይነት ልጅዎ ላይ ይታያል? እባክዎን ተገቢነት ያላቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ   አስም  የደም መዛባት  የደም ማነስ  የቀይ የደም ሴል ማነስ ችግር  ካንሰር  የጥርስ ችግሮች  የስኳር ህመም  የሚጥል በሽታ  የዓይን ችግሮች  የጆሮዎች፣አፍንጫ ወይም ጉሮሮ  የልብ ችግሮች  የሄፕታይተስ ቢ  ሄፕታይተስ ሲ  ኤችአይቭ  የኩላሊት ችግሮች  የጉበት ችግሮች  የአእምሮ ጤና ችግሮች  የስሜት መቀዛቀዝ/ጭንቀት  የጭንቀት ስሜት  ድኅረ- የሰቀቀን ጭንቀት መዛባት (PTSD)  ቀደም ብሎ ያለ ራስን መጉዳት  ራስን ለማጥፋት የተደረገ ሙከራ  ሌላ  የቆዳ በሽታ  የታይሮይድ በሽታ  የሳንባ ነቀርሳ (ቲቢ)  ሌላ |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | * 1. ልጅዎ ቀዶ ጥገና ህክምናዎችን/ሰርጀሪ አድርጎ ያውቃል?   አይ  አዎን |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | * 1. ልጅዎ ከጦርነት፣ ከግጭት ወይም ታስሮ ከመሰቃየት የተነሳ ማንኛውም አካላዊ ጉዳት አለበት?   አይ  አዎን |
| * 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. ልጅዎ የታወቀ የአእምሮ የጤና ችግሮችን አለበት? ይህ ከጦርነት፣ ከግጭት፣ ታስሮ ከመሰቃየት ወይም አገርዎን ለቀው እንዲሰደዱ ከማስገደድ የተነሳ ሊሆን ይችላሉ?   አይ  አዎን |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | * 1. ልጅዎ ላይ ማንኛውም የአካል ጉዳተኛነት ወይም የመንቀሳቀስ ችግሮች አለብዎት?   አይ  አዎን |
| * 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. ልጅዎ ማንኛውም ስሜት የማጣት ችግሮች አሉበት? እባክዎን ተገቢነት ያላቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ   አይ  ዕውርነት  በከፊልአለማየት  ሙሉ በሙሉ መስማት አለመቻል  በከፊል መስማት አለመቻል  ማሽተት እና/ወይም የመቅመስ ችግሮች |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | * 1. ልጅዎ መማር አለመቻል ችግሮች ወይም የባሕርይ ችግሮች አለበት ብለው ያስባሉ?   አይ  አዎን |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | * 1. ስለ ልጅዎ ዕድገት ለምሳሌ፦ ስለ ክብደታቸው/ቁመታቸው ማንኛውም ስጋት አለብዎት?   አይ  አዎን |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | * 1. **ለጨቅላ ሕጻናት ብቻ፦**ልጅዎ እያጋጠመው ያለ የአመጋገብ ችግሮች፣ ለምሳሌ፦የማስታወክ፣ መትፋት፣ ወተት አለመጠጣት ችግሮች አሉበት?   አይ  አዎን |
| * 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. የልጅዎ የቅርብ የቤተሰብ አባላት (አባት፣ እናት፣ወንድሞች እና እህቶች፣ እንዲሁም አያቶችዎ) ከሚከተሉት መካከል የትኛው በሽታ ኖሮባቸው ወይም ተሰቃይተውበት ያውቃሉ?   አስም  ካንሰር  ጭንቀት/የአእምሮ ጤና መታወክ ህመም  የስኳር ህመም  የልብ ህመም  የሄፕታይተስ ቢ  ከፍተኛ የደም ግፊት  ኤችአይቭ  መማር ያለመቻል ችግሮች  በደም ግፊት ራስን መሳት  የሳንባ ነቀርሳ (ቲቢ)  ሌላ |
| * 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. ልጅ በሃኪም የታዘዘለት መድኃኒቶች አሉት?   አይ  አዎን *- እባክዎን ለልጅዎ የታዘዘለትን መድኃኒቶች እና መጠናቸው ከዚህ በታች ባለው ሳጥን ውስጥ ይግለጹ*  ***እባክዎን ማንኛውንም ሃኪም ለልጅዎ ያዘዘውን ወይም መድኃኒቶችን ለቀጠሮ ሲመጡ ይዘው ይምጡ***   |  |  | | --- | --- | | *ስም* | *መጠን* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | * 1. በቀጣይ ጥቅት ሳምንታት ውስጥ እነዚህን መድኃኒቶች ያልቁብኛ ብለው አሳስብዎት ያውቃል   አይ  አዎን |
| * 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. በጤና ባለሙያ ያልታዘዘለትን ማንኛውንም ልጅዎ የሚወስደው መድኃኒቶች ለምሳሌ፦ ከመድኃኒት መደብር/ሱቅ/ከኢንተርኔት ቀጥታ መስመር የገዙት ወይም ከውጪ አገር የሚመጣለት መድኃኒቶች አሉ?   አይ  አዎን  *- እባክዎን መድኃኒቶቹን እና መጠናቸውን ከዚህ በታች ባለው ሳጥን ውስጥ ይዘርዝሯቸው*  ***እባክዎን ማንኛውንም ሃኪም ለልጅዎ ያዘዘውን መድኃኒቶችን ለቀጠሮ ሲመጡ ይዘው ይምጡ***   |  |  | | --- | --- | | *ስም* | *መጠን* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | * 1. ልጅዎ ለማንኛውም መድኃኒቶች አለርጂ አለበት?   አይ  አዎን |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | * 1. ልጅዎ ሌላ ለማንኛውም ነገር ላይ አለርጂ አለበት? (ለምሳሌ፦ ምግብ፣ በነፍሳት በመነደፍ፣ በላስቲክ የእጅ ጓንቶች)?   አይ  አዎን |
| Section three: Vaccinations | ክፍል ሦስት፦ ክትባቶች |
| * 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. ልጅዎ ለዕድሜው የሚሰጠውን ክትባቶችን በሙሉ በትውልድ አገሩ የልጅነት ጊዜ ክትባቶችን በሙሉ ወስዷል?   ***መከተብዎን የሚያሳይ የጽሑፍ ማስረጃዎች ካልዎት፣ እባክዎን ይህን በቀጠሮዎ ቀን ይዘው ይምጡ።***  አይ  አዎን  አላውቅም |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | * 1. ልጅዎ ለሳንባ ነቀርሳ (ቲቢ) ክትባት ተከትቦ ያውቃል?   አይ  አዎን  አላውቅም |
| * 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. ልጅዎ ለኮቪድ-19 ክትባት ተከትቦ ያውቃል?   አይ  አዎን  1 ዙር  2 ዙር  3 ዙር  ከ 3 ዙር በላይ  አላውቅም |
| 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 | በዚህ ቅጽ ላይ ለማጋራት ምቾት የማይሰጥዎት ከልጅዎት የጤና ሁኔታ ጋር የተያያዘ ነገር ካለ እና ከሃኪም ጋር ለመወያየት የሚፈልጉ ከሆነ፣ እባክዎን ወደ GP ይደውሉ እና ቀጠሮ ያስይዙ። |