|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **انگلیسی / Dari** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | پرسشنامه مریض برای مهاجران تازه وارد در بریتانیا: اطفال و نوجوانان |
| 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. | همه حق برخورداری از داکتر عمومی را دارند. برای برخورداری از داکتر عمومی نیازی به گواهی آدرس، وضعیت مهاجرت، کارت شناسایی یا نمبر سرویس صحت همگانی (NHS) نیست  این پرسشنامه برای جمع آوری معلومات در مورد صحت اطفال است تا متخصصان صحت در مطب داکتر عمومی بدانند به چه پشتیبانی، تداوی و سرویس تخصصی مطابق با سیاست های محرمانگی و تشریک دیتای «سرویس صحت همگانی» ممکن است نیاز داشته باشند.  **نوجوانان واجدشرایط زیر 18 سال می توانند نسخه بزرگسالان را برای خود تکمیل کنند.**  داکتر عمومی شما هیچ معلوماتی را که برای مقاصدی غیر از مراقبت مستقیم خود ارائه می دهید فاش نمی کند مگر اینکه: موافقت کرده باشید (مثلاً برای حمایت از تحقیقات پزشکی)؛ یا طبق قانون موظف به انجام این کار باشند (مثلاً برای محافظت از سایر افراد در برابر آسیب جدی)؛ یا پای منافع عمومی مهمی در میان باشد (مثلاً به یک مریضی مسری مبتلا باشید). برای معلومات بیشتر در مورد نحوه استفاده داکتر عمومی از معلومات شما به مطب داکتر عمومی خود مراجعه کنید.    پاسخ های خود را به مطب داکتر عمومی برگردانید. |
| Person completing | شخص تکمیل کننده |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | شخصی که این فرم را تکمیل می کند:  والد طفل  قیم/سرپرست قانونی طفل |
| Section one: Personal details | بخش یک: معلومات شخصی |
| Child’s full name: | نام کامل طفل: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | تاریخ تولد طفل:  تاریخ\_\_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | آدرس طفل: |
| Mother’s name: | نام مادر: |
| Father’s name: | نام ولد: |
| Contact telephone number(s): | نمبر(ها) تلفن: |
| Email address: | آدرس ایمیل: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **لطفاً تمام گزینه هایی را که درباره طفلتان صدق می کند علامت بزنید.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1کدام یک از گزینه های زیر به بهترین نحو طفل شما را توصیف می کند:  مرد  زن  سایر موارد  ترجیح می دهم نگویم |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 مذهب:  بودا  مسیحی  هندو  یهودی  مسلمان  سیک  مذاهب دیگر  بی مذهب |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 لسان گفتاری اصلی:   |  |  | | --- | --- | | آلبانی | روسی | | عربی | تیگرینیا | | دری | اوکراینی | | انگلیسی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | سایر موارد |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4لسان گفتاری دوم:   |  |  | | --- | --- | | آلبانی | روسی | | عربی | تیگرینیا | | دری | اوکراینی | | انگلیسی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | سایر موارد | هیچ‌ کدام | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5آیا طفل شما به ترجمان شفاهی نیاز دارد؟  بله  خیر |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6آیا طفل شما در لسان اشاره به کمک نیاز دارد؟  خیر  بله |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7اکنون چه کسی با طفل شما در یک فامیل در بریتانیا زندگی می کند؟  مادر  ولد  برادر(ها)  چند نفر؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  چه سنی (سنینی)؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  خواهر(ها)  چند نفر؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  چه سنی (سنینی)؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  سایر موارد  چند نفر؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8آیا طفل شما به کودکستان یا مکتب می رود؟  خیر  طفل من زیر 2 سال است  ما برای جایی درخواست داده ایم اما هنوز کودکستان/مکتب به ما اختصاص داده نشده است  می خواهم بدانم از کجا می توانم برای کودکستان یا مکتب درخواست کمک کنم  بله – *لطفاً نام کودکستان یا مکتب را نوشته کنید* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | بخش دو: سؤالاتی درباره صحت |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1آیا در مورد طفل خود تشویش دارید؟  خیر  بله |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2آیا در حال حاضر، طفل شما ناخوش یا مریض است؟  خیر  بله |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3آیا طفل شما برای مشکل صحت به کمک عاجل نیاز دارد؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.4آیا در حال حاضر، طفل شما یکی از علائم زیر را دارد؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید  کاهش وزن  سرفه  سرفه خونی  تعریق شبانه  خستگی شدید  مشکلات تنفسی  تب  اسهال  یبوست  مشکلات پوستی یا کهیر  خون در ادرار  خون در مدفوع  سردرد  درد  خلق پایین  اضطراب  کابوس ها یا یادآوری خاطرات ناراحت کننده  مشکل خواب  تمایل به آسیب به خود یا دست کشیدن از زندگی  سایر موارد |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5لطفاً روی تصویر بدن، ناحیه(هایی) را که در آن دچار مشکل صحت هستند علامت بزنید |

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 | 2.6آیا طفل شما نارس به دنیا آمد (زود به دنیا آمد - قبل از 37 هفته/8.5 ماه حاملگی)؟  خیر  بله |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7آیا طفل شما بلافاصله پس از زایمان، مریضی ای مثل مشکلات تنفسی، عفونت، آسیب مغزی داشته است؟  خیر  بله |
| * 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 | **2.8فقط نوزادان تازه متولدشده (تا 3 ماهه):** آیا داکتر عمومی (داکتر) صحت طفل شما را 6 تا 8 هفته پس از زایمان بررسی کرده است؟  خیر  بله |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9آیا طفل شما مریضی شناخته شده ای دارد؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.10آیا طفل شما هیچ یک از مشکلات زیر را دارد؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید  آسم  اختلال خونی  کم خونی داسی شکل  تالاسمی  سرطان  مشکلات دندانی  دیابت  صرع  مشکلات بینایی  گوش، حلق یا بینی  مشکلات قلبی  هپاتیت بی  هپاتیت سی  ایدز  مشکلات کلیوی  مشکلات کبدی  مشکلات روانی  کسالت/افسردگی  اضطراب  اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)  خودجرحی در گذشته  اقدام به خودکشی  سایر موارد  مریضی پوستی  مریضی تیروئید  سل  سایر موارد |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11آیا طفل شما تا به حال عمل / جراحی انجام داده است؟  خیر  بله |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12آیا طفل شما در اثر جنگ، درگیری یا شکنجه، آسیب جسمی دیده است؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.13آیا طفل شما مشکل روانی دارد؟ این مشکلات می تواند ناشی از جنگ، درگیری، شکنجه یا فرار اجباری از کشور باشد؟  خیر  بله |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14آیا طفل شما ناتوانی جسمی یا مشکلات حرکتی دارد؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.15آیا طفل شما اختلالات حسی دارد؟ لطفاً تمام مواردی را که صادق است علامت بزنید  خیر  نابینایی  کاهش جزئی بینایی  ناشنوایی کامل  ناشنوایی جزئی  مشکلات بویایی و/یا چشایی |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | 2.16آیا فکر می کنید طفل شما مشکلات یادگیری یا مشکلات رفتاری دارد؟  خیر  بله |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | 2.17آیا درباره رشد طفلتان، مثل وزن/قد، تشویش دارید؟  خیر  بله |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | **2.18فقط نوزادان:** آیا طفل شما مشکل تغذیه مثل استفراغ، رفلاکس، امتناع از شیر دارد؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.19آیا کسی از اعضای فامیل نزدیک طفل شما (ولد، مادر، خواهر و برادر و ولدیت و مادربزرگ) هیچ یک از مشکلات زیر را داشته یا به آن مبتلا بوده است؟  آسم  سرطان  افسردگی/مریضی روانی  دیابت  حمله قلبی  هپاتیت بی  فشار خون بالا  ایدز  مشکلات یادگیری  سکته  سل  سایر موارد |
| * 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* | |  |  | | 2.20آیا طفل شما دواهای تجویزی مصرف می کند؟  خیر  بله *-لطفاً دواها و دوزهای تجویزی طفل خود را در کادر زیر فهرست کنید*  ***لطفاً هر قسم نسخه یا دوا را در نوبت ویزیت طفل خود بیاورید***   |  |  | | --- | --- | | *نام* | *دوز* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.21آیا درباره تمام شدن این دواها در چند هفته آینده تشویش دارید؟  خیر  بله |
| * 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* | |  |  | | 2.22آیا طفل شما دواهایی را مصرف می کند که داکتر متخصص تجویز نکرده است، مانند دواهایی که از دواخانه/فروشگاه/اینترنت خریده اید یا از خارج از کشور ارسال شده است؟  خیر  بله *-لطفاً دواها و دوزها را در کادر زیر فهرست کنید*  ***لطفاً هر قسم دوا را در نوبت ویزیت طفل خود بیاورید***   |  |  | | --- | --- | | *نام* | *دوز* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | 2.23آیا طفل شما به دوایی حساسیت دارد؟  خیر  بله |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.24آیا طفل شما به چیز دیگری حساسیت دارد؟ (مثل غذا، نیش حشره، دستکش لاتکس)؟  خیر  بله |
| Section three: Vaccinations | بخش سه: واکسیناسیون |
| * 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 | 3.1آیا طفل شما تمام واکسن های دوران طفولیت را که در کشور خود برای سن وی ارائه شده دریافت کرده است؟  ***اگر سوابق واکسیناسیون خود را دارید، لطفاً آن را در نوبت ویزیت بیاورید.***  خیر  بله  نمی دانم |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2آیا طفل شما در برابر سل (TB) واکسینه شده است؟  خیر  بله  نمی دانم |
| * 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 | 3.3آیا طفل شما در برابر کووید-19 واکسینه شده است؟  خیر  بله  1 دوز  2 دوز  3 دوز  بیش از 3 دوز  نمی دانم |
| 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 | اگر نکته ای در رابطه با صحت طفلتان وجود دارد که دوست ندارید در این فرم مطرح کنید و می خواهید آن را با داکتر در میان بگذارید، لطفاً با داکتر عمومی خود در تماس شوید و نوبت ویزیت دریافت کنید. |