|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **انگلیس/Persian** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | پرسشنامه بیمار برای مهاجران تازه وارد به انگلستان: کودکان 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 دارند نزد یک پزشک عمومی ثبت‌نام کنند. برای ثبت‌نام نزد پزشک عمومی نیازی به گواهی اثبات نشانی، وضعیت مهاجرتی، شناسه یا شماره NHS ندارید.  این پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد سلامت فرزندان است تا کارکنان حرفه‌ای بهداشت حاضر در مطب پزشک عمومیتان بتوانند بدانند که او احتمالاً طبق خط‌مشی‌های رازداری و به اشتراک‌گذاری داده‌های خدمات سلامت ملی، به چه نوع پشتیبانی، درمان و خدمات تخصصی نیاز دارد.  **نوجوانان صلاحیت‌دار زیر 18 سال می‌توانند نسخه بزرگسالان را برای خود تکمیل کنند.**  پزشک عمومیتان هیچ اطلاعاتی را که ارائه می‌دهید جز برای مقاصد مراقبت مستقیم شما فاش نمی‌کند مگر اینکه: رضایت داده باشید (مثلاً برای حمایت از تحقیقات پزشکی)؛ یا طبق قانون موظف به انجام این کار باشد (مثلاً برای محافظت از افراد دیگر در برابر آسیب جدی)؛ یا به این دلیل که منافع عمومی مهمی برتری پیدا کند (مثلاً شما مبتلا به یک بیماری مسری باشید). اطلاعات بیشتر در مورد نحوه استفاده پزشک عمومی از اطلاعات شما نزد کارکنان مطب پزشک عمومیتان موجود است.    پاسخ‌های خود را به کارکنان مطب پزشک عمومیتان برگردانید. |
| Person completing | فرد تکمیل‌کننده |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | چه کسی این فرم را تکمیل می‌کند:  پدر و مادر کودک  مراقب/قیم قانونی کودک |
| Section one: Personal details | بخش اول: مشخصات فردی |
| Child’s full name: | نام کامل فرزند: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | تاریخ تولد فرزند:  روز \_\_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | نشانی فرزند: |
| Mother’s name: | نام مادر: |
| Father’s name: | نام پدر: |
| Contact telephone number(s): | شماره تلفن (های) تماس: |
| Email address: | نشانی ایمیل: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **لطفاً تمام کادرهای پاسخی را علامت بزنید که به فرزندتان مربوط می‌شود.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | * 1. کدام یک از موارد زیر فرزندتان را بهتر توصیف می‌کند:   مرد  زن  سایر  ترجیح می‌دهم نگویم |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 دین:  بودایی  مسیحی  هندو  یهودی  مسلمان  سیک  دین دیگری  بدون دین |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 زبان گفتاری اصلی:   |  |  | | --- | --- | | آلبانیایی | روسیه‌ای | | عربی | تیگرینیایی | | دری | اوکراینی | | انگلیسی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | سایر |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | * 1. زبان گفتاری دوم:  |  |  | | --- | --- | | آلبانیایی | روسیه‌ای | | عربی | تیگرینیایی | | دری | اوکراینی | | انگلیسی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | سایر | (هیچ) | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | * 1. آیا فرزندتان به مترجم شفاهی نیاز دارد؟   بله  خیر |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | * 1. آیا فرزندتان به پشتیبانی زبان اشاره 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7 چه کسی اکنون در بریتانیا با فرزند شما در همان خانوار زندگی می‌کند؟  مادر  پدر  برادر(ها)  چندتا؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  چه سن (سنینی) هستند؟ \_\_\_\_\_\_\_\_  خواهر(ها)  چندتا؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  چه سن(سنینی) هستند؟  سایر  چندتا؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8 آیا فرزندتان به مهد کودک یا مدرسه می رود؟  خیر  فرزند من زیر 2 سال سن دارد  برای یک جا درخواست داده‌ایم اما هنوز مهد کودک/مدرسه به ما اختصاص داده نشده است  می‌خواهم در مورد این موضوع اطلاع داشته باشم که از کجا می‌توانم برای درخواست جایی در مهد کودک یا مدرسه حمایت دریافت کنم  بله - *لطفاً نام مهد کودک یا مدرسه را ذکر کنید* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | بخش دوم: سؤالات سلامت |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1آیا در مورد فرزندتان هرگونه نگرانی دارید؟  خیر  بله |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2آیا حال فرزندتان در حال حاضر خوب نیست یا بیمار است؟  خیر  بله |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3آیا فرزندتان از بابت یک بیماری نیاز به کمک فوری 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 فرزندتان در حال حاضر یکی از علائم زیر را دارد؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید  کاهش وزن  سرفه  سرفه به همراه خون  تعریق شبانه  خستگی مفرط  مشکلات تنفسی  تب  اسهال  یبوست  ناراحتی‌ها یا بثورات پوستی  خون در ادرار  خون در مدفوع  سردرد  درد  خلق پایین  اضطراب  یادآوری‌ها یا کابوس‌های پریشان‌کننده  مشکل در به خواب رفتن  احساس کند که می‌خواهد به خود آسیب برساند یا از زندگی دست بکشد  سایر |
| * 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 علامت بزنید که فعلاً در آنها مشکل(های) سلامتی دارد. |

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 فرزندتان نارس به دنیا آمد (زود به دنیا آمد - قبل از هفته 37/ 8.5 ماه بارداری)؟  خیر  بله |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7آیا فرزندتان بلافاصله پس از زایمان هرگونه مشکلی از بابت سلامتی داشته است مثلاً مشکلات تنفسی، عفونت، آسیب مغزی؟  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 متولد شده (تا 3 ماهگی):** آیا فرزندتان 6 تا 8 هفته پس از زایمان توسط پزشک عمومی (دکتر) بررسی سلامتی انجام داده است؟  خیر  بله |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9آیا فرزندتان هرگونه مشکلات سلامتی شناخته شده‌ای 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 | 2.10 آیا فرزندتان به یکی از موارد زیر مبتلا است؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید  آسم  اختلال خونی  کم‌خونی داسی شکل  تالاسمی  سرطان  مشکلات دندانی  دیابت  صرع  مشکلات چشمی  گوش، بینی یا گلو  مشکلات قلبی  هپاتیت ب  هپاتیت سی  اچ‌آی‌وی  مشکلات کلیوی  مشکلات کبدی  مشکلات روحی و روانی  خلق پایین/افسردگی  اضطراب  اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)  خود آسیب‌دیدگی قبلی  اقدام به خودکشی  سایر  بیماری‌های پوستی  بیماری تیروئید  سل (TB)  سایر |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11 آیا فرزندتان تا به حال عمل/جراحی شده است؟  خیر  بله |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | * 1. آیا فرزندتان در اثر جنگ، درگیری یا شکنجه آسیب دیدگی جسمی دارد؟   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 | * 1. آیا فرزندتان هرگونه مشکلات سلامت روان دارد؟ این مشکلات می‌تواند ناشی از جنگ، درگیری، شکنجه یا مجبور شدن به فرار از کشور باشد؟   خیر  بله |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | * 1. آیا فرزندتان هرگونه 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 | * 1. آیا فرزندتان هرگونه اختلالات حسی دارد؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید   خیر  نابینایی  کم‌بینایی جزئی  ناشنوایی  کم‌شنوایی جزئی  مشکلات بویایی و/یا چشایی |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | * 1. آیا فکر می‌کنید فرزندتان هرگونه مشکلات یادگیری یا مشکلات رفتاری داشته باشد؟   خیر  بله |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | * 1. آیا هرگونه نگرانی در مورد رشد فرزندتان دارید، مثلاً وزن/قد او؟   خیر  بله |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | * 1. **فقط برای نوزادان:** آیا کودکتان هرگونه مشکلی در تغذیه دارد، مثلاً استفراغ، رفلاکس، امتناع از شیر؟   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 | * 1. آیا یکی از اعضای خانواده درجه یک فرزندتان (پدر، مادر، خواهر و برادر و پدربزرگ و مادربزرگ) یکی از موارد زیر را داشته یا به آنها مبتلا بوده است؟   آسم  سرطان  افسردگی/بیماری سلامت روان  دیابت  حمله قلبی  هپاتیت ب  فشار خون بالا  اچ‌آی‌وی  مشکلات یادگیری  سکته  سل (TB)  سایر |
| * 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. آیا فرزندتان در حال حاضر هرگونه داروی تجویزی مصرف می‌کند؟   خیر  بله *–لطفاً داروها و دوزهای تجویز شده برای فرزندتان را در کادر زیر فهرست کنید*  ***لطفاً هرگونه نسخه یا دارو را در قرار ملاقات فرزندتان همراه داشته باشید***   |  |  | | --- | --- | | *نام* | *دوز* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | * 1. آیا نگران تمام شدن هریک از این داروها در چند هفته آینده هستید؟   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* | |  |  | | * 1. آیا فرزندتان هرگونه دارویی را مصرف می‌کند که توسط متخصص بهداشت تجویز نشده باشد، مانند داروهایی که از داروخانه/فروشگاه/اینترنت خریده باشید یا از خارج از کشور تحویل گرفته باشید؟   خیر  بله *–لطفاً داروها و دوزها را در کادر زیر فهرست کنید*  ***لطفاً هر دارویی را در قرار ملاقات فرزندتان همراه داشته باشید***   |  |  | | --- | --- | | *نام* | *دوز* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | * 1. آیا فرزندتان به هرگونه دارویی حساسیت دارد؟   خیر  بله |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | * 1. آیا فرزندتان به هرچیز دیگری حساسیت دارد؟ (مثلاً غذا، نیش حشرات، دستکش لاتکس)؟   خیر  بله |
| Section three: Vaccinations | بخش سوم: 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 فرزندتان تمام واکسن‌های دوران کودکی را دریافت کرده است که در کشور مبدأ برای سنش ارائه شده است؟  ***اگر سابقه واکسیناسیون خود را دارید، لطفاً آن را در قرار ملاقات خود همراه داشته باشید.***  خیر  بله  نمی‌دانم |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2آیا فرزندتان در برابر سل (TB) واکسینه شده است؟  خیر  بله  نمی‌دانم |
| * 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 فرزندتان در برابر COVID-19 واکسینه شده است؟  خیر  بله  1 دوز  2 دوز  3 دوز  بیش از 3 دوز  نمی‌دانم |
| 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 موضوعی در رابطه با سلامت فرزندتان وجود دارد که راحت نیستید آن را در این فرم به اشتراک بگذارید و می‌خواهید آن را با یک پزشک در میان بگذارید، لطفاً با پزشک عمومیتان تماس بگیرید و قرار ملاقاتی رزرو کنید. |