|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Albanian / Anglisht** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | Pyetësori për pacientët e ardhur rishtas si emigrantë në Mbretërinë e Bashkuar: Fëmijët dhe të rinjtë |
| 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. | Kushdo ka të drejtën e regjistrimit pranë mjekut të familjes (GP). Nuk keni nevojë për vërtetim adrese ose dokument emigracioni, letërnjoftim ose një numër NHS për t'u regjistruar pranë mjekut të familjes  Ky pyetësor ka për qëllim të mbledhë informacion rreth shëndetit të fëmijës suaj në mënyrë që ekspertët e kujdesit shëndetësor pranë klinikës suaj të mjekut të familjes të mund të kuptojnë se çfarë mbështetjeje, trajtimi dhe shërbimesh të specializuara mund t'ju nevojiten në përputhje me politikat e konfidencialitetit dhe përcjelljes së të dhënave të Shërbimit Shëndetësor Kombëtar (NHS).  **Të rinjtë kompetentë të moshës nën 18 vjeç mund të plotësojnë vetë pyetësorin për të rriturit.**  Mjeku juaj i familjes nuk do të zbulojë asnjë informacion që jepni për qëllime të tjera, përveçse përkujdesjes suaj, me përjashtim të rasteve kur keni rënë dakord (p.sh. në mbështetje të hulumtimit shkencor) ose kur kjo kërkohet me ligj (p.sh. për të mbrojtur të tjerët nga dëmtime të rënda), ose për hir të interesit publik (p.sh. vuani nga një sëmundje ngjitëse). Informacion i mëtejshëm rreth mënyrës se si mjeku i familjes do të përdorë informacionin tuaj është i disponueshëm pranë klinikës së mjekut të familjes.    Përgjigjet tuaja dorëzojini pranë klinikës suaj të mjekut të familjes. |
| Person completing | Personi që e plotëson |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | Kush po e plotëson këtë formular:  Prindi i fëmijës  Kujdestari ligjor/kujdestari i fëmijës |
| Section one: Personal details | Pjesa e parë: Të dhënat personale |
| Child’s full name: | Emri dhe mbiemri i fëmijës: |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | Datëlindja e fëmijës:  Data\_\_\_\_\_\_ Muaji \_\_\_\_\_\_\_ Viti\_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | Adresa e fëmijës: |
| Mother’s name: | Emri i nënës: |
| Father’s name: | Emri i babait: |
| Contact telephone number(s): | Numri(at) i(e) telefonit: |
| Email address: | Adresa e emailit: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **Ju lutemi, shënoni të gjitha kutitë e përgjigjeve që vlejnë për fëmijën tuaj.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1Cilat nga të dhënat e mëposhtme e përshkruajnë më mirë fëmijët tuaj:  Mashkull  Femër  Tjetër  Preferoj të mos e them |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 Feja:  Budiste  Krishtere  Hinduiste  Judaizëm  Myslimane  Sikh  Fe tjetër  Pa fe |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 Gjuha kryesore e folur:   |  |  | | --- | --- | | Shqip | Rusisht | | Arabisht | Tigrinisht | | Dari | Ukrainase | | Anglisht | Urdu | | Perse | Vietnameze | | Tjetër |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4Gjuha e dytë e folur:   |  |  | | --- | --- | | Shqip | Rusisht | | Arabisht | Tigrinisht | | Dari | Ukrainase | | Anglisht | Urdu | | Perse | Vietnameze | | Tjetër | Asnjë | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5A ka nevojë fëmija juaj për përkthyes?  Po  Jo |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6A ka nevojë fëmija juaj për ndihmë në gjuhën e shenjave?  Jo  Po |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7Kush jeton në të njëjtën familje me fëmijën tuaj tani në MB?  Nëna  Babai  Vëllai(ezërit)  Sa vëllezër? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Çfarë moshe? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Motra(rat)  Sa motra? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Çfarë moshe? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tjetër  Sa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8A shkon fëmija juaj në çerdhe apo shkollë?  Jo  Fëmija im është nën 2 vjeç  Kemi aplikuar, por ende nuk na është caktuar një çerdhe/shkollë  Do të doja informacion se ku mund të marr ndihmë për të aplikuar për çerdhe ose shkollë  Po – *ju lutem, më jepni emrin e çerdhes ose të shkollës* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | Pjesa e dytë: Pyetje mbi shëndetin |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | 2.1A keni ndonjë shqetësim për fëmijën?  Jo  Po |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | 2.2A është i sëmurë aktualisht fëmija juaj?  Jo  Po |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3A ka nevoja fëmija për ndihmë urgjente për ndonjë shqetësim shëndetësor?  Jo  Po |
| * 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 | 2.4A ka fëmija juaj aktualisht ndonjë nga simptomat e mëposhtme? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejnë  Humbje peshe  Kollë  Kollë me gjak  Djersitje gjatë natës  Lodhje e jashtëzakonshme  Probleme me frymëmarrjen  Temperaturë  Diarre  Kapsllëk  Shqetësime ose skuqje të lëkurës  Gjak në urinë  Gjak në jashtëqitje  Dhimbje koke  Dhimbje  Gjendje shpirtërore jo e mirë  Ankth  Kujtime shqetësuese nga e kaluara ose ëndrra të këqija  Vështirësi në të fjetur  Ndjesi se duan të lëndojnë veten ose të dorëzohen përballë jetës  Tjetër |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5Ju lutemi shënoni në figurën e trupit zonat ku janë duke përjetuar shqetësime e tyre aktuale shëndetësore |

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 | 2.6A ka lindur fëmija juaj para kohe (lindje e hershme – para javës 37/në muajt 8.5 të shtatzënisë)?  Jo  Po |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7A pati fëmija juaj ndonjë problem shëndetësor menjëherë pas lindjes, p.sh. probleme me frymëmarrjen, infeksion, dëmtim të trurit?  Jo  Po |
| * 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 | **2.8Vetëm për foshnjat e sapolindura (deri në 3 muaj):** A e keni vizituar foshnjën tuaj 6-8 javë pas lindjes te mjeku i familjes (GP)?  Jo  Po |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9A ka fëmija juaj ndonjë problem shëndetësor të ditur?  Jo  Po |
| * 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 | 2.10A ka fëmija juaj ndonjë nga shqetësimet e mëposhtme? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejnë  Astmë  Çrregullime të gjakut  Anemi e qelizave 'drapër'  Talasemi  Kancer  Probleme dentare  Diabet  Epilepsi  Probleme të syrit  Të veshëve, hundës ose fytit  Probleme të zemrës  Hepatit B  Hepatit C  HIV  Probleme të veshkave  Probleme të mëlçisë  Probleme të shëndetit mendor  Humor i keq/depresion  Ankth  Çrregullim i stresit post-traumatik (PTSD)  Keni lënduar veten më parë  Tentativë vetëvrasjeje  Tjetër  Sëmundje të lëkurës  Sëmundje të tiroideve  Tuberkuloz (TB)  Tjetër |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11A ka bërë fëmija juaj ndonjë operacion?  Jo  Po |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12A ka fëmija juaj lëndime fizike për shkak të luftës, konflikteve apo torturave?  Jo  Po |
| * 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. A ka fëmija juaj ndonjë problem të shëndetit mendor? Këto mund të jenë shkaktuar nga luftërat, torturat apo nga detyrimi për t'u larguar nga vendi juaj?   Jo  Po |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | * 1. A ka fëmija juaj ndonjë aftësi të kufizuar fizike ose vështirësi në të lëvizur?   Jo  Po |
| * 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. A ka fëmija juaj ndonjë dëmtim shqisor? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejnë   Jo  Verbëri  Humbje e pjesshme e shikimit  Humbje e plotë e dëgjimit  Humbje e pjesshme e dëgjimit  Probleme me nuhatjen dhe/ose shijen |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | * 1. A mendoni se fëmija juaj ka ndonjë vështirësi në të mësuar apo probleme të sjelljes?   Jo  Po |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | * 1. A keni ndonjë shqetësim për zhvillimin e fëmijës suaj, p.sh. të peshës/gjatësisë?   Jo  Po |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | * 1. **Vetëm për foshnjat:** A ka fëmija juaj ndonjë problem me të ushqyerit, p.sh. të vjella, urth, refuzon të pijë?   Jo  Po |
| * 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. A ka pasur apo vuajtur ndonjë pjesëtarë i familjes së fëmijës suaj (babai, nëna, vëllezërit e motrat dhe gjyshërit) nga ndonjë nga problemet e mëposhtme?   Astmë  Kancer  Depresion/sëmundje të shëndetit mendor  Diabet  Infarkt  Hepatit B  Tension të lartë  HIV  Vështirësi në të mësuar  Goditje në tru  Tuberkuloz (TB)  Tjetër |
| * 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. A është duke marrë fëmija ndonjë ilaç me recetë?   Jo  Po*–ju lutemi shënoni ilaçet dhe dozat me recetë të fëmijës në kutinë më poshtë*  ***Ju lutemi sillni me vete recetat ose ilaçet në vizitën e fëmijës suaj***   |  |  | | --- | --- | | *Emri* | *Doza* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | * 1. A jeni i/e shqetësuar se po ju mbarojnë këto ilaçe në javët e ardhshme?   Jo  Po |
| * 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. A merr fëmija juaj ndonjë ilaç që nuk është lëshuar me recetë nga ekspert i kujdesit shëndetësor, p.sh. ilaçe që keni blerë në farmaci/dyqan/në internet ose i keni marrë nga jashtë shtetit?   Jo  Po*– ju lutemi renditni ilaçet me recetë dhe dozat në kutinë më poshtë*  ***Ju lutemi sillni me vete ilaçet në vizitën e fëmijës suaj***   |  |  | | --- | --- | | *Emri* | *Doza* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | * 1. A ka fëmija juaj alergji nga ilaçet?   Jo  Po |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | * 1. A ka fëmija juaj alergji nga diçka tjetër? (p.sh. ushqimi, pickimi i insekteve, dorezat prej llastiku)?   Jo  Po |
| Section three: Vaccinations | Pjesa e tretë: Vaksinimi |
| * 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. A i ka bërë fëmija juaj të gjitha vaksinat e ofruara në shtetin tuaj të origjinës për moshën e tij?   ***Nëse keni ndonjë dokument të historikut të vaksinimit, ju lutemi silleni me vete në vizitën tuaj.***  Jo  Po  Nuk e di |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | * 1. A është vaksinuar fëmija juaj kundër tuberkulozit (TB)?   Jo  Po  Nuk e di |
| * 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. A është vaksinuar fëmija juaj kundër COVID-19?   Jo  Po  1 dozë  2 doza  3 doza  Më shumë se 3 doza  Nuk e di |
| 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 | Nëse ka diçka lidhur me shëndetin e fëmijës suaj që nuk ndiheni rehat ta përmendni në këtë formular dhe dëshironi ta diskutoni me një mjek, ju lutemi telefonojini mjekut tuaj të familjes dhe caktoni një takim. |