|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **انګریزي / Pashto** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People  | انګلستان ته د نویو راغلو مهاجرینو د ناروغ پوښتنلیک: ماشومان او ځوانان هلکو لپاره  |
| 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.  | هرڅوک حق لري چې د GP سره راجستر شي. تاسو د GP سره د راجستر کيدو لپاره د ادرس ثبوت، د مهاجريت وضعیت، ID یا NHS شمیرې ته اړتیا نلرئ دا پوښتنلیک ستاسو د روغتیا په اړه د معلوماتو راټولولو لپاره دی ترڅو ستاسو د GP په تمرین کې روغتیایی مسلكي پوه شي چې تاسو د ملي روغتیا خدماتو محرمیت او د معلوماتو شریکولو پالیسیو سره سم کوم ملاتړ، درملنه او متخصص خدمتونه ترلاسه کولی شئ. **د 18 کالو څخه کم عمر لرونکي تکړه ځوانان ممکن د ځان لپاره د بالغ نسخه بشپړ کړي.** ستاسو GP به ستاسو د مستقیم پاملرنې پرته د نورو موخو لپاره کوم معلومات چې تاسو یې چمتو کوئ ښکاره نه کړي مګر دا چې: تاسو رضامندي نه وي ورکړی (د بیلګې په توګه د طبي څیړنې مالاتړ کول)؛ یا دوی اړ دي چې د قانون له مخې دا کار وکړي (د بيلګي په توګه د نورو خلکو د جدي زیان څخه ساتنه)؛ یا د دې لپاره چې د عامه ګټو زیرمه شتون ولري (د بيلګي په توګه تاسو په ساري ناروغۍ اخته یاست). د دې په اړه نور معلومات چې ستاسو GP به ستاسو معلومات څنګه کاروي ستاسو د GP تمرین څخه شتون لري.خپل ځوابونه خپل GP تمرین ته ورکړي.  |
| Person completing | هغه کس چې بشپړوي |
| Who is completing this form:[ ]  Child’s Parent [ ]  Child’s legal guardian/carer | دا فورمه څوک ډکوي:[ ]  د ماشوم والدین [ ]  د ماشوم قانوني سرپرست/پالونکی |
| Section one: Personal details | لومړۍ برخه: شخصي توضیحات |
| Child’s full name: | د ماشوم پوره نوم: |
| Child’s date of birth: Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | د زیږون نیټه: نيټه\_\_\_\_\_\_ مياشت \_\_\_\_\_\_\_ کال\_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address:  | د ماشوم ادرس:  |
| Mother’s name: | د مور نوم: |
| Father’s name: | د پلار نوم: |
| Contact telephone number(s):  | د تلیفون شمیره:  |
| Email address: | اي ميل ادرس: |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **مهرباني وکړئ د ځوابونو ټول بکسونه په نښه کړئ چې ستاسو په ماشوم باندې پلي کیږي.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:

[ ] Male [ ] Female [ ] Other[ ] Prefer not to say  | 1.1له لاندې څخه کوم یو ستاسو ماشوم غوره بیانوي: [ ] نارینه [ ] ښځینه [ ] نور[ ] نه ویل غوره کوم  |
| 1.2 Religion: [ ] Buddhist [ ] Christian [ ] Hindu [ ] Jewish [ ] Muslim [ ] Sikh [ ] Other religion[ ] No religion | 1.2 مذهب: [ ] بودايي [ ] عیسائي [ ] هندو [ ] یهودي [ ] مسلمان [ ] سکھ [ ] بل مذهب[ ] مذهب نه لرم |
| 1.3 Main spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ] Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other |  |

 | 1.3 د خبرو اترو اهم ژبه:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] البانیایی | [ ] روسي |
| [ ] عربي | [ ] ټیګرینیا |
| [ ] دري | [ ] يوکرایني |
| [ ] انګریزي | [ ] اردو |
| [ ] فارسي | [ ] ویتنامي |
| [ ] نور |  |

 |
| * 1. Second spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ]  Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other | [ ] None |

 | 1.4دويم ژباړ:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] البانیایی | [ ]  روسي |
| [ ] عربي | [ ] ټیګرینیا |
| [ ] دري | [ ] يوکرایني |
| [ ] انګریزي | [ ] اردو |
| [ ] فارسي | [ ] ویتنامي |
| [ ] نور | [ ] هیڅ نه |

 |
| * 1. Does your child need an interpreter?

[ ] Yes [ ] No  | 1.5آیا ستاسو ماشوم یو ترجمان ته اړتیا لری؟ [ ] هو [ ] نه  |
| * 1. Does your child need sign language support?

[ ] No[ ] Yes | 1.6ایا ستاسو ماشوم د اشارو ژبې ملاتړ ته اړتیا لري؟[ ] نه[ ] هو |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7څوک په هماغه کورنۍ کې اوسیږي چې ستاسو ماشوم اوس په انګلستان کې دی؟[ ] مور[ ] پلار[ ] ورورڅو تنه؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_عمر څه دی؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] خویندې [ ] څو تنه؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] عمر څه دی؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] نور [ ] څو تنه؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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 ستاسو ماشوم په ښوونځي یا نرسري کې ګډون کوي؟[ ] نه[ ] زما ماشوم د 2 کلونو څخه کم دی[ ]  موږ د یو ځای لپاره غوښتنه کړې خو لا تر اوسه یو نرسري/ښوونځي نه دی تخصیص شوی.[ ] زه د دې په اړه معلومات غواړم چې چیرې زه د نرسري یا ښوونځي ځای لپاره غوښتنه کولو کې مرسته ترلاسه کولی شم[ ] هو – *مهرباني وکړئ د نرسري یا ښوونځي نوم ورکړئ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | دویمه برخه: روغتیا پوښتنې |
| * 1. Do you have any concerns about your child?

[ ] No[ ] Yes | 2.1آیا تاسو د خپل ماشوم په اړه اندیښنه لرئ؟[ ] نه[ ] هو |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?

[ ] No [ ] Yes | 2.2آیا ستاسو ماشوم اوس ناروغه یا بيمار دی؟[ ] نه [ ] هو |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?

[ ] No [ ] Yes | 2.3ایا ستاسو ماشوم د روغتیا ستونزې لپاره بیړنۍ مرستې ته اړتیا لري؟[ ] نه [ ] هو |
| * 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 | 2.4ایا ستاسو ماشوم اوس مهال له لاندې نښو څخه کوم یو لري؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چې پلي کیږي[ ] د وزن کمول[ ]  ټوخی[ ]  ټوخی وینه تویول[ ]  د شپې خولې[ ]  ډیر ستړیا[ ]  تنفسي ستونزې[ ]  تبه[ ]  اسهال[ ] قبضيت[ ] د پوستکي شکايتونه او خارشونه[ ] په متيازو کې وینه[ ] په غایطه کې وینه[ ] د سر درد[ ]  درد[ ]  ټیټ مزاج[ ]  اضطراب[ ] دردونکي فلش بیکونه یا خوبونه[ ]  د خوب کولو مشکل[ ]  داسې احساس چې خپل ځان ته زیان ورسوي یا ژوند پریږدي[ ] نور |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)
 | 2.5مهرباني وکړئ د بدن په عکس کې هغه سیمې په نښه کړئ چیرې چې د خپلې اوسنۍ روغتیا ستونزې سره مخ دي  |



|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?

[ ] No[ ] Yes | 2.6آیا ستاسو ماشوم له وخته مخکې زیږیدلی و (د امیندوارۍ له 37 اونیو / 8.5 میاشتو دمخه زیږیدلی)؟[ ] نه[ ] هو |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?

[ ] No[ ] Yes | 2.7آیا ستاسو ماشوم د زیږون څخه سمدستي وروسته کومه روغتیایی ستونزه درلوده، لکه تنفسي ستونزې، انتانات، یا د دماغ زخمونه؟[ ] نه[ ] هو |
| * 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 | **2.8نوي زیږیدلي (ماشومان تر 3 میاشتو پورې):** آیا ستاسو ماشوم د زیږون څخه 6-8 اونۍ وروسته د GP (ډاکټر) لخوا روغتیایی معاینه کړې؟ [ ] نه[ ] هو |
| * 1. Does your child have any known health problems?

[ ] No[ ] Yes | 2.9ایا ستاسو ماشوم د روغتیا ستونزې لري؟[ ] نه[ ] هو |
| * 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 | 2.10ایا ستاسو ماشوم لاندې نښو څخه کوم لري؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چې پلي کیږي[ ] ساه لنډی[ ] د وینې اختلال [ ] د سیکل سیل انیمیا [ ] تلسیمیا[ ] سرطان[ ] د غاښونو ناروغی[ ] د شکر ناروغۍ[ ] مرگی [ ] د سترګو ناروغی[ ] غوږونه، پوزه او ستوني[ ] د زړه ناروغی[ ] هیپاتیتس بی[ ] هیپاتیتس سی[ ] HIV [ ] د پښتورګو ناروغی[ ] د ځيګر ناروغی[ ] دماغی روغتیا ستونزې [ ] ټیټ مزاج / خپګان[ ]  اضطراب[ ] د ټراماتیک وروسته فشار اختلال (PTSD)[ ] مخکې ځان ته زیان رسولی[ ] د ځان وژنې هڅه کول[ ] نور [ ] د پوستکي ناروغۍ[ ] د تايرايډ ناروغي [ ] نري رنځ (TB)[ ] نور |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?

[ ] No[ ] Yes | 2.11آیا ستاسو ماشوم کله هم کوم اپريشن/جراحي کړي دي؟[ ] نه[ ] هو |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?

[ ] No[ ] Yes | 2.12آیا ستاسو ماشوم د جګړې، شخړې یا شکنجې له امله کوم فزیکي زخم لري؟[ ] نه[ ] هو |
| * 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 | 2.13ایا ستاسو ماشوم د دماغي روغتیا ستونزې لري؟ په دي کښ کيدي شي له جهنګ وجي، جبر يا تاسو مجبورا کړي چي خپل هيواد به تيخته وکړې؟[ ] نه[ ] هو |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?

[ ] No[ ] Yes | 2.14آیا ستاسو ماشوم کوم فزیکي معیوبیت یا د حرکت کولو ستونزې لري؟[ ] نه[ ] هو |
| * 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 ستاسو ماشوم کوم حسی خرابي لری؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چې پلي کیږي[ ] نه[ ] ړوندتوب[ ] د لید جزوی ضایع کول[ ] د اوریدلو بشپړ زیان [ ] د اوریدلو جزوی ضایع[ ] د بوی او / یا خوند ستونزې |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?

[ ] No[ ] Yes | 2.16ایا تاسو فکر کوئ چې ستاسو ماشوم د زده کړې ستونزې یا د چلند ستونزې لري؟[ ] نه[ ] هو |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?

[ ] No[ ] Yes | 2.17ایا تاسو د خپل ماشوم د ودې په اړه کومه اندیښنه لرئ د بیلګې په توګه د دوی وزن / قد؟[ ] نه[ ] هو |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?

[ ] No[ ] Yes | **2.18صرف ماشومان:** آیا ستاسو ماشوم د تغذیې کومې ستونزې سره مخ دی لکه کانګې، ریفلوکس، د شیدو انکار؟[ ] نه[ ] هو |
| * 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 ستاسو د نږدې کورنۍ کوم غړی (پلار، مور، خویندې او نیکونه) له لاندې څخه کوم یو رنځ لري؟ [ ] ساه لنډی[ ] سرطان[ ] خپګان/دماغي روغتیا ناروغي[ ] د شکر ناروغۍ[ ] د زړه دوره[ ] هیپاتیتس بی[ ] د وینی لوړ فشار[ ] HIV[ ] د زده کړې ستونزې[ ] فالج[ ] نري رنځ (TB)[ ] نور  |
| * 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* |
|  |  |

 | 2.20ایا ستاسو ماشوم کوم وړاندیز شوي درمل خوړلي؟[ ] نه [ ] هو*–مهرباني سره لیست کړئ خپل وړاندیز شوي لاندې بکس کې درمل او خوراکونه****مهرباني وکړئ د خپل ماشوم ملاقات دوران نسخه یا درمل راوړئ***

|  |  |
| --- | --- |
| *نوم*  | *خوراک* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?

[ ] No [ ] Yes  | 2.21ایا تاسو په راتلونکو څو اونیو کې د دې درملو د ختمیدو په اړه اندیښنه لرئ؟ [ ] نه [ ] هو  |
| * 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* |
|  |  |

 | 2.22ایا تاسو ماشوم کوم درمل اخلئ چې د روغتیا مسلکي لخوا نه وي توصیه شوي د بیلګې په توګه هغه درمل چې تاسو له درملتون/دوکان/انټرنټ څخه اخیستي وي یا له بهر څخه راغوختل شوي وي؟[ ] نه [ ] هو *–مهرباني وکړئ په لاندې بکس کې درمل او خوراکونه لیست کړئ****مهرباني وکړئ د خپل ماشوم ملاقات دوران نسخه یا درمل راوړئ***

|  |  |
| --- | --- |
| *نوم*  | *خوراک* |
|  |  |

 |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?

[ ] No [ ] Yes  | 2.23آیا ستاسو ماشوم د کوم درمل سره حساسیت لري؟ [ ] نه [ ] هو  |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?

[ ] No[ ] Yes | 2.24ایا ستاسو ماشوم د کوم بل شی سره حساسیت لري؟ (د بیلګې په توګه خواړه، د حشراتو ډانګونه، د لیټیکس دستکشې)؟[ ] نه[ ] هو |
| Section three: Vaccinations | دریمه برخه: واکسین کول |
| * 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 ستاسو ماشوم په خپل هیواد کې د خپل عمر سره سم د ماشومتوب ټول واکسینونه درلودل؟***که تاسو د خپل واکسین تاریخ ریکارډ لرئ نو مهرباني وکړئ دا خپل ملاقات ته راوړئ.***[ ] نه[ ] هو[ ] زه نه پوهیږم |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?

[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 3.2آیا ستاسو ماشوم د توبرکلوز (TB) په وړاندې واکسین شوی دی؟[ ] نه[ ] هو[ ] زه نه پوهیږم |
| * 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 | 3.3ایا ستاسو ماشوم د COVID-19 له بچ کيدو واکسین شوی دی؟[ ] نه[ ] هو [ ] 1 خوراک[ ] 2 خوراکونه[ ] 3 خوراکونه[ ] له 3 څخه ډیر خوراکونه[ ] زه نه پوهیږم |
| 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 | که ستاسو د ماشوم د روغتیا په اړه کوم څه شتون ولري چې تاسو په دې فورمه کې د شریکولو لپاره د آرامۍ احساس نه کوئ او تاسو غواړئ چې د ډاکټر سره خبرې وکړئ، مهرباني وکړئ خپل GP ته زنګ ووهئ او د ملاقات وخت وټاکئ |