|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Albanian / Anglisht** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Pyetësori i ri për pacientët e ardhur rishtas si emigrantë në Mbretërinë e Bashkuar |
| 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 your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.  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 adresës, 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 tuaj 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).  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. |
| Section one: Personal details | Pjesa e parë: Të dhënat personale |
| Full name: | Emri dhe mbiemri: |
| Address: | Adresa: |
| Telephone number: | Nr. i telefonit: |
| Email address: | Adresa e emailit: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Ju lutemi plotësoni të gjitha pyetjet dhe zgjidhni ato që zbatohen për ju.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1Data e plotësimit të pyetësorit: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 Cilat nga të dhënat e mëposhtme ju përshkruajnë më mirë?  Mashkull  Femër  Tjetër  Preferoj të mos e them |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 A është e njëjta gjini e përcaktuar që prej lindjes?  Jo  Po  Preferoj të mos e them |
| 1.4Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Datëlindja:  Data\_\_\_\_\_\_ Muaji \_\_\_\_\_\_\_ Viti \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 Feja:  Budiste  Krishtere  Hinduiste  Judaizëm  Myslimane  Sikh  Fe tjetër  Pa fe |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 Gjendja martesore:  I/e martuar/partner/e civil/e  I/e divorcuar  I ve/e ve  Asnjë nga të mësipërmet |
| * 1. Sexual Orientation:   Heterosexual (attracted to the opposite sex)  Homosexual (attracted to the same sex)  Bisexual (attracted to males and females)  Prefer not to say  Other | 1.7 Orientimi seksual:  Heteroseksual (i/e tërhequr pas gjinisë së kundërt)  Homoseksual (i/e tërhequr pas së njëjtës gjini)  Biseksual (i/e tërhequr pas meshkujve dhe femrave)  Preferoj të mos e them  Tjetër |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8 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 | | 1.9 Gjuha e dytë e folur:   |  |  | | --- | --- | | Shqip | Rusisht | | Arabisht | Tigrinisht | | Dari | Ukrainase | | Anglisht | Urdu | | Perse | Vietnameze | | Tjetër | Asnjë | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | * 1. A keni nevojë për përkhyes?   Jo  Po |
| * 1. Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference.   Male  Female  I don’t mind | * 1. A do të preferonit një përkthyes apo përkthyese? Ju lutemi, kini parasysh se në varësi të mundësisë së përkthyesit mund të mos jetë gjithmonë e mundur sipas preferencës suaj.   Mashkull  Femër  Nuk kam preferencë |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 A mund të lexoni në gjuhën tuaj amtare?  Jo  Po  Kam vështirësi në të lexuar |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13 A mund të shkruani në gjuhën tuaj amtare?  Jo  Po  Kam vështirësi në të shkruar |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | * 1. A keni nevojë për ndihmë në gjuhën e shenjave?   Jo  Po |
| * 1. Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:  |  |  | | --- | --- | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Next of kin | | Name:  Contact telephone number:  Address: | Emergency contact (if different) | | * 1. Ju lutemi, jepni të dhënat e të afërmit tuaj dhe/ose të dikujt me të cilin mund të kontaktojmë në rast urgjence:  |  |  | | --- | --- | | Emri dhe mbiemri:  Nr. i telefonit të personit:  Adresa: | I afërmi | | Emri dhe mbiemri:  Nr. i telefonit të personit:  Adresa: | Emri dhe nr. i telefonit të personit në rast urgjence (nëse ndryshe) | |
| Section two: Health questions | Pjesa e dytë: Pyetje mbi shëndetin |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | * 1. A ndiheni i/e sëmurë?   Jo  Po |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | A keni nevojë për ndihmë urgjente për problemin tuaj shëndetësor?  Jo  Po |
| * 1. Do you 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  Skin complaints or rashes  Blood in your urine  Blood in your stool  Headache  Pain  Low mood  Anxiety  Distressing flashbacks or nightmares  Difficulty sleeping  Feeling like you can’t control your thoughts or actions  Feeling that you want to harm yourself or give up on life  Other | * 1. A keni 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  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  Ndiheni sikur nuk mund të kontrolloni mendimet ose veprimet tuaja  Ndiheni sikur doni të lëndoni veten ose i/e dorëzuar përballë jetës  Tjetër |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | * 1. Ju lutemi shënoni në figurën e trupit zonat ku keni shqetësime aktuale shëndetësore |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | * 1. A keni ndonjë shqetësim shëndetësor të njohur që e keni ende?   Jo  Po |
| * 1. Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply   Arthritis  Asthma  Blood disorder  Sickle cell anaemia  Thalassaemia  Cancer  Dental problems  Diabetes  Epilepsy  Eye problems  Heart problems  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV or AIDS  High blood pressure  Kidney problems  Liver problems  Long-term lung problem/breathing difficulties  Mental health problems  Low mood/depression  Anxiety  Post-traumatic stress disorder (PTSD)  Previously self-harmed  Attempted suicide  Other  Osteoporosis  Skin disease  Stroke  Thyroid disease  Tuberculosis (TB)  Other | * 1. A keni ose a keni pasur ndonjë nga shqetësimet e mëposhtme? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejnë   Artrit  Astmë  Çrregullime të gjakut  Anemi e qelizave 'drapër'  Talasemi  Kancer  Probleme dentare  Diabet  Epilepsi  Probleme të syrit  Probleme të zemrës  Hepatit B  Hepatit C  HIV ose SIDA  Tension të lartë  Probleme të veshkave  Probleme të mëlçisë  Problem afatgjatë të mushkërive/vështirësi në frymëmarrje  Probleme të shëndetit mendor  Humor i keq/depresion  Ankth  Çrregullim i stresit post-traumatik (PTSD)  Keni lënduar veten më parë  Tentativë vetëvrasjeje  Tjetër  Osteoporozë  Sëmundje të lëkurës  Goditje në tru  Sëmundje të tiroideve  Tuberkuloz (TB)  Tjetër |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | * 1. A keni bërë ndonjë ndërhyrje / ose operacion?   Jo  Po |
| * 1. If you have had an operation / surgery, how long ago was this?   In the last 12 months  1 – 3 years ago  Over 3 years ago | * 1. Nëse keni bërë ndonjë ndërhyrje /operacion, para sa kohësh?   Në 12 muajt e fundit  1 - 3 vite më parë  Mbi 3 vjet |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | * 1. A keni ndonjë plagë fizike si pasojë e luftërave, konflikteve apo torturave?   Jo  Po |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | * 1. A keni 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. Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply   Cancer  Diabetes  Depression/Mental health illness  Heart attack  High blood pressure  Stroke  Other | * 1. Disa probleme mjekësore mund të jenë të trashëguara. A ka apo ka përjetuar ndokush në familjen tuaj (babai, nëna, vëllezërit e motrat dhe gjyshërit) ndonjë nga problemet e mëposhtme? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejnë   Kancer  Diabet  Depresion/sëmundje të shëndetit mendor  Infarkt  Tension të lartë  Goditje në tru  Tjetër |
| * 1. Are you on any prescribed medicines?   No  Yes *–please list your prescribed medicines and doses in the box below*  ***Please bring any prescriptions or medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | * 1. A jeni duke marrë ilaçe me  recetë?   Jo  Po*– ju lutemi* *renditni ilaçet me recetë dhe dozat që merrni në kutinë më poshtë*  ***Ju lutemi sillni me vete recetat ose ilaçet në vizitën tuaj***   |  |  | | --- | --- | | *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. Do you 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 medications to your appointment***   |  |  | | --- | --- | | *Name* | *Dose* | |  |  | | * 1. A merrni ndonjë ilaç që nuk është lëshuar me recetë nga një 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 tuaj***   |  |  | | --- | --- | | *Emri* | *Doza* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | * 1. A keni alergji nga ndonjë ilaç?   Jo  Po |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | * 1. A keni alergji nga diçka tjetër? (p.sh. ushqimi, pickimi nga insektet, dorezat prej llastiku)?   Jo  Po |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | * 1. A keni aftësi të kufizuara apo vështirësi në lëvizje?   Jo  Po |
| * 1. Do you 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 keni ndonjë dëmtim ndijor? *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 have any learning difficulties?   No  Yes | * 1. A keni ndonjë vështirësi në të mësuar?   Jo  Po |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | * 1. A ka ndonjë çështje të veçantë personale që dëshironi të diskutoni/ngrini në takimin tuaj të ardhshëm me një ekspert të kujdesit shëndetësor?   Jo  Po |
| Section three: Lifestyle questions | Pjesa e tretë: Pyetje mbi stilin e jetës |
| * 1. How often do you drink alcohol?   Never  Monthly or less  2-4 times per month  2-3 times per week  4 or more times per week  *There is* ***1 unit*** *of alcohol in:*    *½ pint glass of beer*    *1 small glass of wine*     1. *single measure of spirits* | 3.1 Sa shpesh konsumoni alkool?  Asnjëherë  Çdo muaj ose më pak  2-4 herë në muaj  2-3 herë në javë  4 ose më shumë herë në javë  *Ka* ***1 njësi*** *alkooli në:*    *0.28 litër birrë*    *1 gotë e vogël vere*    *1 masë e vetme e pijeve të forta* |
| * 1. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 or more | 1. Sa njësi alkool pini në një ditë të zakonshme kur jeni duke pirë?   0-2  3-4  5-6  7-9  10 ose më shumë |
| 1. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?   Never  Less than monthly  Monthly  Weekly  Daily or almost daily | * 1. Në një rast të vetëm vitin e fundit, sa shpesh keni konsumuar 6 ose më shumë njësi, nëse jeni femër, apo 8 ose më shumë nëse jeni mashkull?   Asnjëherë  Më pak se për çdo muaj  Çdo muaj  Çdo javë  Çdo ditë ose pothuajse çdo ditë |
| c.Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?  Never  I have quit taking drugs that might be harmful  Yes | c.A konsumoni lëndë narkotike që mund të jenë të dëmshme për shëndetin tuaj, p.sh. kanabis, kokainë, heroinë?  Asnjëherë  E kam ndërprerë marrjen e lëndëve narkotike që mund të jenë të dëmshme  Po |
| d.Do you smoke?  Never  I have quit smoking  Yes  Cigarettes  How many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  How many years have you smoked for? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tobacco    Would you like help to stop smoking?  Yes  No | d.A pini duhan?  Asnjëherë  E kam ndërprerë pirjen e duhanit  Po  Cigare  Sa pini në ditë? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Për sa vite keni pirë duhan? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Duhan    A doni ndihmë për të lënë duhanin?  Po  Jo |
| e.Do you chew tobacco?  Never  I have quit chewing tobacco  Yes | e.A mbllaçitni duhan?  Asnjëherë  E kam ndërprerë mbllaçitjen e duhanit  Po |
| Section four: Vaccinations | Pjesa e katërt: Vaksinimi |
| * 1. Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?   ***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.***  No  Yes  I don’t know | 4.1A i keni bërë të gjitha vaksinat e fëmijërisë të ofruara në shtetin tuaj të origjinës?  ***Nëse keni ndonjë dokument të historikut tuaj të vaksinimit, ju lutemi silleni me vete në vizitën tuaj.***  Jo  Po  Nuk e di |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2A jeni vaksinuar kundër tuberkulozit (TB)?  Jo  Po  Nuk e di |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | * 1. A jeni vaksinuar kundër COVID-19?   Jo  Po  1 dozë  2 doza  3 doza  Më shumë se 3 doza  Nuk e di |
| Section five: Questions for female patients only | Pjesa e pestë: Pyetje vetëm për pacientet femra |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1A jeni shtatzëne?  Jo  Mund të jem shtatzëne  Po  Sa javësh shtatzënë jeni? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Do you use contraception?   No  Yes  What method do you use?  Barrier contraception *e.g. condoms, gel*  Oral contraceptive pill  Copper Coil/Intrauterine device (IUD)  Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*  Contraceptive injection  Contraceptive implant  Other | 5.2A përdorni kontraceptiv?  Jo  Po  Çfarë metode përdorni?  Kontraceptiv izolues *p.sh. prezervativë, xhel*  Tableta kontraceptiv nga goja  Pajisje prej bakri/brenda mitrës (IUD)  Pajisje hormonale/Sistem brenda mitrës (IUS) *p.sh. Mirena*  Injeksion kontraceptiv  Implant kontraceptiv  Tjetër |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3A keni nevojë urgjente për kontraceptiv?  Jo  Po |
| * 1. Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.   No  Yes  I would like to be given more information | 5.4 A keni bërë ndonjëherë analizën e qafës së mitrës ose pap testin? Ky është një test që ekzaminon qafën e mitrës dhe ndihmon në parandalimin e kancerit të qafës së mitrës.  Jo  Po  Do të doja më shumë informacione |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5A keni bërë histerektomi (operacion për heqjen e mitrës dhe qafës së mitrës)?  Jo  Po |
| * 1. As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | * 1. Si paciente femër, a ka ndonjë çështje të veçantë personale që dëshironi të diskutoni/ngrini në vizitën tuaj të ardhshme me një ekspert të kujdesit shëndetësor?   Jo  Po |
| If there is something 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 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. |