|  |  |
| --- | --- |
| **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
 |



|  |  |
| --- | --- |
| * 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 [ ] CigarettesHow 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 [ ] CigareSa 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[ ] YesHow many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1A jeni shtatzëne?[ ] Jo[ ] Mund të jem shtatzëne[ ] PoSa 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. |