|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **انگلیسی/Persian** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | پرسشنامه جدید بیمار برای مهاجران تازه وارد به بریتانیا |
| 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. | *همه حق دارند نزد یک پزشک عمومی ثبت‌نام کنند. برای ثبت‌نام نزد پزشک عمومی نیازی به گواهی اثبات نشانی، وضعیت مهاجرتی، مدرک شناسایی یا شماره NHS ندارید.*  *این پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد سلامت شما است تا کارکنان حرفه‌ای بهداشت حاضر در مطب پزشک عمومیتان بتوانند بدانند که احتمالاً طبق خط‌مشی‌های رازداری و به اشتراک‌گذاری داده‌های خدمات سلامت ملی، به چه نوع پشتیبانی، درمان و خدمات تخصصی نیاز دارید.*  *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.* |
| Section one: Personal details | بخش اول: مشخصات فردی |
| Full name: | نام و نام خانوادگی: |
| Address: | نشانی: |
| Telephone number: | شماره تلفن: |
| Email address: | نشانی ایمیل: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **لطفا تمام سؤالات را تکمیل کنید و تمام پاسخ‌هایی را علامت بزنید که به شما مرتبط است.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1تاریخ تکمیل پرسشنامه: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 کدام یک از موارد زیر شما را به بهترین شکل توصیف می‌کند؟  مرد  زن  سایر  ترجیح می‌دهم نگویم |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 آیا این همان جنسیتی است که در هنگام تولد داشته‌اید؟  خیر  بله  ترجیح می‌دهم نگویم |
| 1.4Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. تاریخ تولد: روز\_\_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | * 1. دین:   بودایی  مسیحی  هندو  یهودی  مسلمان  سیک  دین دیگری  بدون دین |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 وضعیت تأهل:  متأهل/شریک مدنی  مطلقه  بیوه  هیچکدام |
| * 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 | 1.7گرایش جنسی  دگرجنس‌گرا (جذب جنس مخالف)  همجنس‌گرا (جذب همان جنس)  دوجنس‌گرا (جذب آقایان و خانم‌ها)  ترجیح می‌دهم نگویم  سایر |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8زبان 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 | | 1.9زبان گفتاری دوم:   |  |  | | --- | --- | | آلبانیایی | روسیه‌ای | | عربی | تیگرینیایی | | دری | اوکراینی | | انگلیسی | اردو | | فارسی | ویتنامی | | سایر | هیچکدام | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10به مترجم شفاهی احتیاج دارید؟  خیر  بله |
| * 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 | 1.11مترجم شفاهی مرد یا زن را ترجیح می‌دهید؟ لطفاً توجه داشته باشید که در دسترس بودن مترجم شفاهی ممکن است به معنی تأمین همیشگی ترجیح شما نباشد.  مرد  زن  مشکلی ندارم |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | * 1. آیا می‌توانید به زبان خودتان بخوانید؟   خیر  بله  من در خواندن مشکل دارم |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13آیا می‌توانید به زبان خودتان بنویسید؟  خیر  بله  من در نوشتن مشکل دارم |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14آیا به پشتیبانی با زبان اشاره نیاز دارید؟  خیر  بله |
| * 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) | | 1.15لطفا جزئیات مربوط به خویشاوند نزدیک و/یا کسی را ارائه دهید که بتوانیم در شرایط اضطراری با ایشان تماس بگیریم:   |  |  | | --- | --- | | نام:  شماره تلفن تماس:  آدرس: | خویشاوند نزدیک | | نام:  شماره تلفن تماس:  نشانی: | تماس اضطراری (در صورت متفاوت بودن) | |
| Section two: Health questions | بخش دوم: سؤالات سلامت |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1آیا در حال حاضر احساس ناخوشی می‌کنید یا بیمار هستید؟  خیر  بله |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.2 آیا برای مشکل سلامتیتان به کمک فوری نیاز دارید؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.3 آیا در حال حاضر هیچ یک از علائم زیر را دارید؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید  کاهش وزن  سرفه  سرفه به همراه خون  تعریق شبانه  خستگی مفرط  مشکلات تنفسی  تب  اسهال  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 کنید که نمی‌توانید افکار یا اعمالتان را کنترل کنید  احساس کنید که می‌خواهید به خود آسیب برسانید یا از زندگی دست بکشید  سایر |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4لطفاً روی تصویر بدن ناحیه(هایی) را علامت بزنید که فعلاً در آنها مشکل(های) سلامتی دارید. |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5آیا هرگونه مشکلات سلامتی شناخته شده‌ای دارید که در حال حاضر وجود داشته باشد؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.6آیا هیچ یک از موارد زیر را دارید یا تا به حال داشته‌اید؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید  آرتریت (مفصل)  آسم  اختلال خونی  کم‌خونی داسی شکل  تالاسمی  سرطان  مشکلات دندانی  دیابت  صرع  مشکلات چشمی  مشکلات قلبی  هپاتیت ب  هپاتیت سی  اچ‌آی‌وی یا ایدز  فشار خون بالا  مشکلات کلیوی  مشکلات کبدی  مشکل طولانی مدت ریوی/مشکلات تنفسی  مشکلات روحی و روانی  خلق پایین/افسردگی.  اضطراب  اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)  خود آسیب‌دیدگی قبلی  اقدام به خودکشی  سایر  پوکی استخوان  بیماری‌های پوستی  سکته  بیماری تیروئید  سل (TB)  سایر |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7 آیا تا به حال تحت هیچ‌گونه عمل / جراحی بوده‌اید؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.8اگر تا به حال عمل/جراحی داشته‌اید، چه مدت پیش بوده است؟  در 12 ماه گذشته  1 - 3 سال پیش  بیش از 3 سال پیش |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9آیا هرگونه آسیب‌دیدگی جسمی از جنگ، درگیری و یا شکنجه دارید؟  خیر  بله |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10آیا هرگونه مشکل سلامت روانی دارید؟ این مشکلات می‌تواند ناشی از جنگ، درگیری، شکنجه یا مجبور شدن به فرار از کشور باشد؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.11برخی از مشکلات پزشکی ممکن است در خانواده‌ها وجود داشته باشد. آیا یکی از اعضای خانواده درجه یکتان (پدر، مادر، خواهر و برادر و پدربزرگ و مادربزرگ) یکی از موارد زیر را داشته یا به آنها مبتلا بوده است؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید  سرطان  دیابت  افسردگی/بیماری سلامت روان  حمله قلبی  فشار خون بالا  سکته  سایر |
| * 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* | |  |  | | 2.12 آیا در حال حاضر هرگونه داروهای تجویزی مصرف می‌کنید؟  خیر  بله –لطفاً داروها و دوزهای تجویز شده برای خودتان را در کادر زیر فهرست کنید  ***لطفاً هرگونه نسخه یا دارو را در قرار ملاقاتتان همراه داشته باشید***   |  |  | | --- | --- | | *نام* | *دوز* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13آیا نگران تمام شدن هریک از این داروها در چند هفته آینده هستید؟  خیر  بله |
| * 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* | |  |  | | 2.14آیا هرگونه دارویی را مصرف می‌کنید 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. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15 آیا به هرگونه دارویی حساسیت دارید؟  خیر  بله |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16 آیا به هرچیز دیگری حساسیت دارید؟ (مثلاً غذا، نیش حشرات، دستکش لاتکس)؟  خیر  بله |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17آیا هرگونه ناتوانی جسمی یا مشکلات تحرکی دارید؟  خیر  بله |
| * 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 | 2.18 آیا هرگونه اختلال حسی دارید؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید  خیر  نابینایی  کم‌بینایی جزئی  ناشنوایی  کم‌شنوایی جزئی  مشکلات بویایی و/یا چشایی |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19آیا هرگونه مشکل یادگیری دارید؟  خیر  بله |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20آیا هرگونه موضوع خصوصی خاصی هست که بخواهید در قرار ملاقات بعدی خود با یک متخصص بهداشت به بحث بگذارید/مطرح کنید؟  خیر  بله |
| Section three: Lifestyle questions | بخش سوم: سوالات سبک زندگی |
| * 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* | 3.1هر چند وقت یکبار الکل می‌نوشید؟  هرگز  یک بار ماهانه یا کمتر  2-4 بار در ماه  2-3 بار در هفته  4 یا بیشتر بار در هفته  ***1 واحد*** *الکل می‌شود:*    *1/2 لیوان پینت آبجو*    *1 لیوان کوچک شراب*    *1 مقیاس واحد از مشروبات الکلی* |
| * 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. وقتی مشروب می‌نوشید، در یک روز معمولی چند واحد الکل می‌نوشید؟   0-2  3-4  5-6  7-9  10 یا بیشتر |
| 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. در سال گذشته هر چند وقت یکبار 6 یا بیشتر واحد در صورت زن بودن، یا 8 یا بیشتر واحد در صورت مرد بودن، در فقط یک مناسبت نوشیده‌اید؟   هرگز  کمتر از یکبار در ماه  یکبار در ماه  یکبار در هفته  یکبار در روز یا تقریباً یکبار در روز |
| 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 | * 1. آیا هرگونه مواد مخدری مصرف می‌کنید که ممکن است برای سلامتیتان مضر باشد مثلاً حشیش، کوکائین، هروئین؟   هرگز  من مصرف مواد مخدری را ترک کرده‌ام که ممکن است مضر باشد  بله |
| * 1. 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.آیا سیگار می‌کشید؟  هرگز  سیگار را ترک کرده‌ام  بله  سیگار  چند نخ در روز؟  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  چند سال است که سیگار می‌کشید؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  دخانیات    می‌خواهید کمک کنید سیگار کشیدن را ترک کنید؟  بله  خیر |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | e.آیا تنباکو می‌جوید؟  هرگز  من جویدن تنباکو را ترک کرده‌ام  بله |
| Section four: Vaccinations | بخش چهارم: واکسیناسیون |
| * 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 | 4.1آیا تمام واکسیناسیون‌های دوران کودکی ارائه شده در کشور اصلی خود را دریافت کرده‌اید؟  ***اگر سابقه واکسیناسیون خود را دارید، لطفاً آن را در قرار ملاقات خود همراه داشته باشید.***  خیر  بله  نمی‌دانم |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2آیا در برابر سل (TB) واکسینه شده‌اید؟  خیر  بله  نمی‌دانم |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3آیا در برابر COVID-19 واکسینه شده‌اید؟  خیر  بله  1 دوز  2 دوز  3 دوز  بیش از 3 دوز  نمی‌دانم |
| Section five: Questions for female patients only | بخش پنج: سؤالات فقط برای بیماران زن |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1آیا باردار هستید؟  خیر  ممکن است باردار باشم  بله  چند هفته باردار هستید؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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 | 5.2آیا از پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنید؟  خیر  بله  از چه روشی استفاده می‌کنید؟  مانع پیشگیری از بارداری *مثلاً. کاندوم، ژل*  قرص خوراکی ضد‌بارداری  سیم کویل مسی/دستگاه داخل رحمی (IUD)  سیستم کویل هورمونی/داخل رحمی (IUS) *مثلاً. میرنا*  تزریق پیشگیری از بارداری  ایمپلنت پیشگیری از بارداری  سایر |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3آیا به هرگونه پیشگیری از بارداری نیاز فوری دارید؟  خیر  بله |
| * 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 | 5.4آیا تا کنون اسمیر گردن رحم یا آزمایش اسمیر داده‌اید؟ آزمایشی است برای بررسی سلامت دهانه رحم شما و کمک به جلوگیری از سرطان دهانه رحم.  خیر  بله  می‌خواهم اطلاعات بیشتری به من داده شود |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5آیا تا به حال تحت هیسترکتومی (عمل برداشتن رحم و دهانه رحمتان) قرار گرفته‌اید؟  خیر  بله |
| * 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 | 5.6به عنوان یک بیمار زن، آیا هرگونه موضوع خصوصی خاصی هست که بخواهید در قرار ملاقات بعدی خود با یک متخصص بهداشت به بحث بگذارید/مطرح کنید؟  خیر  بله |
| 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. | اگر مطلبی هست 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. |