|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **انګریزي / Pashto** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | انګلستان ته د نویو راغلي مهاجرینو لپاره د ناروغاي نوې پوښتنليك |
| 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. | 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.  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. |
| Section one: Personal details | لومړۍ برخه: شخصي توضیحات |
| Full name: | پورا نوم: |
| Address: | ادرس: |
| Telephone number: | ټيليفون نمبر: |
| Email address: | اي ميل ادرس: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **مهرباني وکړئ ټولې پوښتنې ډکي کړئ او ټول ځوابونه په نښه کړئ چې تاسو یې پلي کوئ.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1د پوښتنلیک بشپړیدو نیټه: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 له لاندې څخه کوم یو ستاسو ښه تشریح کوي؟  نارینه  ښځینه  نور  نه ویل غوره کوم |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 ایا دا هم هغه جنسیت دی چې تاسو ته د زیږون پرمهال درکړل شوي؟  نه  هو  نه ویل غوره کوم |
| 1.4 Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. د زیږون نیټه:  نيټه\_\_\_\_\_\_ مياشت \_\_\_\_\_\_\_ کال |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 مذهب:  بودايي  عیسائي  هندو  یهودي  مسلمان  سکھ  بل مذهب  مذهب نه لرم |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 ازدواجی حالت:  واده شوی / نکاح شوی  طلاق شوی  کونډه  پورتنیو څخه یو هم نه |
| * 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 جنسي تمایل:  همجنسي (مخالف جنس ته متوجه)  همجنسي (يو شان جنس ته متوجه)  دوه جنس (نارینه او ښځینه ته متوجه)  نه ویل غوره کوم  نور |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8 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 | | 1.9 دويم ژباړ:   |  |  | | --- | --- | | البانیایی | روسي | | عربي | ټیګرینیا | | دري | يوکرایني | | انګریزي | اردو | | فارسي | ویتنامي | | نور | هیڅ نه | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10تاسو ژباړونکي ته اړتیا لرئ؟  نه  هو |
| * 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 | 1.11ایا تاسو نارینه یا يو ښځینه ژباړونکي ته ترجیح ورکوئ؟ مهرباني سره په یاد ولرئ چې د ژباړونکي شتون ممکن پدې معنی نه وي چې دا تل ممکنه وي چې ستاسو غوره توب پوره کړئ.  نارینه  ښځینه  زه بد نه ګڼم |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 ایا تاسو په خپله ژبه کښ لوستل کولی شئ؟  نه  هو  زه په لوستلو کې مشکلات لرم |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13ایا تاسو په خپله ژبه کښ لیکل کولی شئ؟  نه  هو  زه په ليکلو کې مشکلات لرم |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14ایا تاسو د نښې ژبې ملاتړ ته اړتیاوي لرئ؟  نه  هو |
| * 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) | | 1.15مهرباني وکړئ د خپل نږدې خپلوان او/یا هغه چا معلومات ورکړئ چې موږ ورسره په بیړني حالت کې اړیکه نیولی شو:   |  |  | | --- | --- | | نوم:  د تلیفون شمیره:  ادرس: | نږدې خپلوان | | نوم:  د تلیفون شمیره:  ادرس: | بیړنۍ اړیکه (که مختلف وي) | |
| Section two: Health questions | دویمه برخه: روغتیا پوښتنې |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1ایا تاسو اوس مهال د ناروغي یا بيماري احساس کوئ؟  نه  هو |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.2ایا تاسو د خپلې روغتیا ستونزې لپاره بیړنۍ مرستې ته اړتیا لرئ؟  نه  هو |
| * 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 | 2.3ایا تاسو اوس مهال لاندې نښې نښانې لرئ؟ *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  د پوستکي شکايتونه او خارشونه  ستاسو په متيازو کې وینه  ستاسو په غایطه کې وینه  د سر درد  درد  ټیټ مزاج  اضطراب  دردونکي فلش بیکونه یا خوبونه  د خوب کولو مشکل  داسې احساس وکړئ چې تاسو نشئ کولی خپل فکرونه یا عملونه کنټرول کړئ  داسې احساس چې تاسو غواړئ خپل ځان ته زیان ورسوي یا ژوند پریږدي  نور |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4مهرباني وکړئ د بدن په عکس کې هغه سیمې په نښه کړئ چیرې چې تاسو د خپلې اوسنۍ روغتیا ستونزې سره مخ یاست. |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5ایا تاسو داسي پیژندل شوې روغتیایی ستونزې لرئ چې اوس روانې دي؟  نه  هو |
| * 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 | 2.6ایا تاسو له لاندې څخه کوم یو لرئ یا لرلي دي؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چې پلي کیږي  د جوړونو بيماري  ساه لنډی  د وینې اختلال  د سیکل سیل انیمیا  تلسیمیا  سرطان  د غاښونو ناروغی  د شکر ناروغۍ  مرگی  د سترګو ناروغی  د زړه ناروغی  هیپاتیتس بی  هیپاتیتس سی  HIV یا AIDS  د وینی لوړ فشار  د پښتورګو ناروغی  د ځيګر ناروغی  د سږو اوږدمهاله ستونزه / تنفسي 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  اوستیوپروسیس  د پوستکي ناروغۍ  فالج  د تايرايډ ناروغي  نري رنځ (TB)  نور |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7ايا تاسو چري اپريشن کړي / جراخي؟  نه  هو |
| * 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 | 2.8که تاسو چري اپريشن / جراخي کړي، نو څومره موده مخکي؟  په تير 12 مياشتو کښ  1-3 کالونه مخکي  د 3 کالونه له مخکي |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9ايا تاسو څه قسمه فزيکي زخم لري د جهنګ له وجي، تصادم يا د جبر له وجي؟  نه  هو |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10ايا تاسو څه قسمه دماغي ناروغي لري؟ په دي کښ کيدي شي له جهنګ وجي، جبر يا تاسو مجبورا کړي چي خپل هيواد به تيخته وکړې؟  نه  هو |
| * 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 | 2.11ځینې ​​طبي ستونزې په کورنیو کې کیدی شي. آیا ستاسو د نږدې کورنۍ کوم غړی (پلار، مور، خویندې او نیکونه) له لاندې څخه کوم یو رنځ لري؟ مهرباني وکړئ هغه ټول ټک کړئ چې پلي کیږي  سرطان  د شکر ناروغۍ  خپګان/دماغي روغتیا ناروغي  د زړه دوره  د وینی لوړ فشار  فالج  نور |
| * 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* | |  |  | | 2.12ایا تاسو کوم وړاندیز شوی درملنه لرئ دوائیاں؟  نه  هو*–مهرباني سره لیست کړئ**خپل وړاندیز شوي لاندې بکس کې درمل او خوراکونه*  ***مهرباني سره خپل ملاقات کښ نسخه یا درمل راوړئ***   |  |  | | --- | --- | | *نوم* | *خوراک* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13ایا تاسو په راتلونکو څو اونیو کې د دې درملو د ختمیدو په اړه اندیښنه لرئ؟  نه  هو |
| * 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* | |  |  | | 2.14ایا تاسو 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 سره خپل ملاقات کښ درمل راوړئ***   |  |  | | --- | --- | | *نوم* | *خوراک* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15ایا تاسود کوم درملو سره حساسیت لرئ؟  نه  هو |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16ایا تاسود کوم بل شی سره حساسیت لرئ؟ (د بیلګې په توګه خواړه، د حشراتو ډانګونه، د لیټیکس دستکشې)؟  نه  هو |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17ایا تاسو کوم فزیکي معیوبیت یا د خوځښت ستونزې لرئ؟  نه  هو |
| * 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 | 2.18ایا تاسو کوم حسي نیمګړتیاوې لرئ؟ *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 have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19ایا تاسو د زده کړې کومې ستونزې لرئ؟  نه  هو |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20ایا کومه ځانګړې شخصي موضوع شته چې تاسو غواړئ په راتلونکي ملاقات کې د روغتیا پاملرنې مسلکي سره بحث وکړئ؟  نه  هو |
| Section three: Lifestyle questions | دریمه برخه: د ژوند طرز پوښتنې |
| * 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* | 3.1تاسو څو ځله الکول څښئ؟  هیڅکله نه  میاشتنی یا لږ  په میاشت کې 2-4 ځله  په اونۍ کې 2-3 ځله  په اونۍ کې 4 یا ډیر ځله  *دلته ده* ***1 واحد*** *د الکول:*    *½ پینټ ګیلاس بیر*    *1 کوچنی ګیلاس شراب*    *1 د روحونو واحد اندازه* |
| * 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 | a.تاسو په یوه عادي ورځ کې د الکول څو واحدونه څښئ کله چې تاسو څښئ؟  0-2  3-4  5-6  7-9  10 یا ډیر |
| * 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 | b.تاسو په تیر کال کې څو ځله 6 یا ډیر واحدونه درلودل که ښځینه، یا 8 یا ډیر که نارینه وي؟  هیڅکله نه  د میاشتی څخه کم  میاشتنی  اونیزه  هره ورځ یا تقریبا هره ورځ |
| * 1. 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.ایا تاسو کوم درمل اخلئ چې ستاسو روغتیا ته زیان رسوي د مثال په توګه چرس، کوکاین، هیرویین؟  هیڅکله نه  ما د هغه درملو اخیستل بند کړي چې ممکن زیانمن وي.  هو |
| * 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.ایا تاسو سګرټ څکوئ؟  هیڅکله نه  ما سګرټ څکول پریښودل  هو  سګريټ  په ورځ کې څو؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  څو کاله مو سګرټ څکول؟  \_\_\_\_\_\_\_\_\_  تمباکو    ایا تاسو د سګرټ څښلو په بندولو کې مرسته غواړئ؟  هو  نه |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | e.ایا تاسو تنباکو ژاړئ؟  هیڅکله نه  ما د تنباکو ژوول پریښودل  هو |
| Section four: Vaccinations | څلورمه برخه: واکسين کول |
| * 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 | 4.1ایا تاسو د ماشومتوب ټول واکسینونه په خپل اصلي هیواد کې وړاندیز کړي دي؟  ***که تاسو د خپل واکسین تاریخ ریکارډ لرئ نو مهرباني وکړئ دا خپل ملاقات ته راوړئ.***  نه  هو  زه نه پوهیږم |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2ایا تاسو د نري رنځ (TB) په وړاندې واکسین شوي یاست؟  نه  هو  زه نه پوهیږم |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3ایا تاسو د COVID-19 په وړاندې واکسین شوي یاست؟  نه  هو  1 خوراک  2 خوراکونه  3 خوراکونه  له 3 څخه ډیر خوراکونه  زه نه پوهیږم |
| Section five: Questions for female patients only | پنځمه برخه: یوازې د ښځینه ناروغانو لپاره پوښتنې |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1ایا تاسو امیندواره یاست؟  نه  زه شاید امیندواره يم.  هو  تاسو څو اونۍ امیندواره یاست؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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 | 5.2ایا تاسو د امیندوارۍ مخنیوی کاروئ؟  نه  هو  تاسو کومه طریقه کاروئ؟  د امیندوارۍ خنډ *د مثال په توګه کنډوم، جیل*  د شفاهي امیندوارۍ ګولۍ.  کوفر کویل/د رحم دننه آلہ (IUD)  هورمونل کویل/د رحم دننه سیسټم (IUD) *د مثال په توګه ميرينا*  د امیندوارۍ ضد انجیکشن  د حمل ضد نصب  نور |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3ایا تاسو سمدستي کوم امیندوارۍ ته اړتیا لرئ؟  نه  هو |
| * 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 | 5.4ایا تاسو کله هم د سیرویکل سمیر یا سمیر ازموینه درلوده؟ دا یوه ازموینه ده چې ستاسو د رحم روغتیا معاینه کوي او د رحم د سرطان مخنیوي کې مرسته کوي.  نه  هو  زه غواړم نور معلومات وړاندې کړم. |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5ایا تاسو هیسټریکټومي لرئ (د رحم او رحم د لرې کولو عملیات)؟  نه  هو |
| * 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 | 5.6د یوې ښځینه ناروغې په توګه ایا کومه ځانګړې شخصي موضوع ده چې تاسو غواړئ د روغتیا پاملرنې مسلکي سره ستاسو په راتلونکي ملاقات کې بحث / پورته کړئ؟  نه  هو |
| 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. | که داسې څه وي چې تاسو په دې فورمه کې د شریکولو لپاره آرام نه احساس کوئ او تاسو غواړئ چې د ډاکټر سره خبرې وکړئ، مهرباني وکړئ خپل GP ته زنګ ووهئ او د ملاقات وخت وټاکئ. |