|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Français** |
| Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People | Questionnaire du patient pour les migrants nouvellement arrivés au Royaume-Uni : enfants et jeunes personnes |
| 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. | Tout le monde a le droit de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste. Vous n'avez pas besoin de justificatif de domicile, de statut d'immigrant, de pièce d'identité ou de numéro NHS pour vous inscrire auprès d'un médecin généraliste  Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations sur la santé des enfants afin que les professionnels de santé de votre cabinet de médecine générale puissent comprendre de quel soutien, traitement et services spécialisés ils ont besoin, conformément aux politiques de confidentialité et de partage des données du service de soins britannique, le National Health Service.  **Les jeunes personnes compétentes de moins de 18 ans peuvent eux-mêmes remplir la version adulte du questionnaire.**  Votre médecin généraliste ne divulguera pas les informations que vous fournissez à des fins autres que pour vos soins directs, sauf si : vous y avez consenti (par exemple, pour soutenir la recherche médicale) ; ou s'il est tenu de le faire par la loi (par exemple, pour protéger d'autres personnes contre un préjudice grave) ; ou parce que c'est dans l'intérêt public (par exemple, si vous souffrez d'une maladie transmissible). De plus amples informations sur la manière dont votre médecin généraliste utilisera vos informations sont disponibles auprès de votre cabinet médical.    Renvoyez vos réponses à votre cabinet médical. |
| Person completing | Personne répondant au questionnaire |
| Who is completing this form:  Child’s Parent  Child’s legal guardian/carer | Qui remplit ce formulaire :  Parent de l’enfant  Tuteur légal/personne qui s’occupe de l’enfant |
| Section one: Personal details | Première partie : Informations personnelles |
| Child’s full name: | Nom et prénom de l'enfant : |
| Child’s date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | Date de naissance de l'enfant :  Jour\_\_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_\_ |
| Child’s address: | Adresse de l’enfant : |
| Mother’s name: | Nom de la mère : |
| Father’s name: | Nom du père : |
| Contact telephone number(s): | Numéro(s) de téléphone de la personne à contacter : |
| Email address: | Adresse e-mail : |
| **Please tick all the answer boxes that apply to your child.** | **Veuillez cocher toutes les réponses applicables.** |
| * 1. Which of the following best describes your child:   Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.1Laquelle des options suivantes correspond le mieux à votre enfant :  Garçon  Fille  Autre  Je préfère ne pas l'indiquer |
| 1.2 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.2 Religion :  Bouddhiste  Chrétien  Hindou  Juif  Musulman  Sikh  Autre religion  Pas de religion |
| 1.3 Main spoken language:   |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.3 Principale langue parlée :   |  |  | | --- | --- | | Albanais | Russe | | Arabe | Tigrigna | | Dari | Ukrainien | | Français | Ourdou | | Persan | Vietnamien | | Autre |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.4Seconde langue parlée :   |  |  | | --- | --- | | Albanais | Russe | | Arabe | Tigrigna | | Dari | Ukrainien | | Français | Ourdou | | Persan | Vietnamien | | Autre | Aucune | |
| * 1. Does your child need an interpreter?   Yes  No | 1.5Votre enfant a-t-il besoin d'un interprète ?  Oui  Non |
| * 1. Does your child need sign language support?   No  Yes | 1.6Votre enfant a-t-il besoin d’un soutien en langage des signes ?  Non  Oui |
| * 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.7Qui vit dans le même foyer que votre enfant actuellement au Royaume-Uni ?  Mère  Père  Frère(s)  Combien ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quel âge a-t-il/ont-ils ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sœur(s)  Combien ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quel âge a-t-elle/ont-elles ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre  Combien ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1.8Votre enfant va-t-il à la crèche ou à l'école ?  Non  Mon enfant a moins de 2 ans  Nous avons fait une demande mais n’avons pas encore obtenu de place dans une crèche/école  Je voudrais savoir où je peux obtenir de l'aide pour demander une place en crèche ou à l'école  Oui – *veuillez indiquer le nom de la crèche ou de l'école* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Section two: Health questions | Deuxième partie : Questions de santé |
| * 1. Do you have any concerns about your child?   No  Yes | * 1. Êtes-vous inquiet/inquiète pour la santé de votre enfant ?   Non  Oui |
| * 1. Is your child currently unwell or ill?   No  Yes | * 1. Votre enfant est-il actuellement souffrant ou malade ?   Non  Oui |
| * 1. Does your child need an urgent help for a health problem?   No  Yes | 2.3Votre enfant a-t-il besoin d’une aide urgente pour un problème de santé ?  Non  Oui |
| * 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 | 2.4Votre enfant souffre-t-il actuellement de l'un des symptômes suivants ? Cochez toutes les options applicables  Perte de poids  Toux  Cracher du sang  Sueurs nocturnes  Fatigue extrême  Problèmes respiratoires  Fièvre  Diarrhée  Constipation  Rougeurs ou éruptions cutanées  Sang dans ses urines  Sang dans ses selles  Maux de tête  Douleurs  État dépressif  Anxiété  Flashbacks ou cauchemars angoissants  Insomnie  Sentiment qu’il/elle veut se faire du mal ou renoncer à la vie  Autre |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s) | 2.5Veuillez indiquer sur l’image du corps la ou les zones où il/elle rencontre des problèmes de santé actuellement |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?   No  Yes | 2.6Votre enfant est-il né prématurément (accouchement précoce - avant 37 semaines/8 mois et demi de grossesse) ?  Non  Oui |
| * 1. Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?   No  Yes | 2.7Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé peu après l'accouchement, par exemple des problèmes respiratoires, une infection, une lésion cérébrale ?  Non  Oui |
| * 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 | **2.8Nouveaux bébés uniquement (jusqu'à 3 mois) :** Votre enfant a-t-il subi un examen de santé par un médecin généraliste 6-8 semaines après l'accouchement ?  Non  Oui |
| * 1. Does your child have any known health problems?   No  Yes | 2.9Votre enfant a-t-il des problèmes de santé connus ?  Non  Oui |
| * 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 | 2.10Votre enfant souffre-t-il de l’un des symptômes suivants ? Cochez toutes les options applicables  Asthme  Problème sanguin  Drépanocytose  Thalassémie  Cancer  Problèmes dentaires  Diabète  Épilepsie  Problèmes oculaires  Oreilles, nez ou gorge  Problèmes cardiaques  Hépatite B  Hépatite C  VIH  Problèmes rénaux  Problèmes de foie  Problème de santé mentale  Trouble de l’humeur/dépression  Anxiété  Trouble de stress post-traumatique (TSPT)  Antécédent d’automutilation  Tentative de suicide  Autre  Maladie de la peau  Maladie thyroïdienne  Tuberculose (TB)  Autre |
| * 1. Has your child ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.11Votre enfant a-t-il déjà subi des opérations / chirurgie ?  Non  Oui |
| * 1. Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?   No  Yes | 2.12Votre enfant souffre-t-il de blessures physiques suite à une guerre, des conflits ou dus à la torture ?  Non  Oui |
| * 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 | 2.13Votre enfant a-t-il des problèmes de santé mentale ? Cela peut être la conséquence d’une guerre, d’un conflit, de tortures ou d'un départ forcé de votre pays ?  Non  Oui |
| * 1. Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.14Votre enfant a-t-il un handicap physique ou des problèmes de mobilité ?  Non  Oui |
| * 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 | 2.15Votre enfant souffre-t-il de troubles sensoriels ? Cochez toutes les options applicables  Non  Cécité  Perte partielle de la vue  Perte auditive totale  Perte auditive partielle  Problèmes d’odorat et/ou de goût |
| * 1. Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?   No  Yes | * 1. Pensez-vous que votre enfant a des difficultés d'apprentissage ou des problèmes de comportement ?   Non  Oui |
| * 1. Do you have any concerns about your child’s growth e.g. their weight/height?   No  Yes | * 1. Avez-vous des inquiétudes concernant la croissance de votre enfant, par exemple son poids ou sa taille ?   Non  Oui |
| * 1. **Babies only:** Is you child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?   No  Yes | * 1. **Bébés uniquement :** Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation, par exemple des vomissements, des remontées gastriques, refuse-t-il le lait ?   Non  Oui |
| * 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 | * 1. Un membre de la famille immédiate de votre enfant (père, mère, frères et sœurs et grands-parents) a-t-il/elle eu ou souffre-t-il/elle de l'une des maladies suivantes ?   Asthme  Cancer  Dépression/maladie mentale  Diabète  Crise cardiaque  Hépatite B  Hypertension artérielle  VIH  Difficultés d'apprentissage  AVC  Tuberculose (TB)  Autre |
| * 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* | |  |  | | 2.20Votre enfant prend-il des médicaments qui lui ont été prescrits ?  Non  Oui *–Veuillez indiquer les médicaments qui ont été prescrits à votre enfant et les doses dans le tableau ci-dessous*  ***Veuillez apporter toute ordonnance ou tout médicament au rendez-vous de votre enfant***   |  |  | | --- | --- | | *Nom* | *Dose* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.21Craignez-vous de manquer de l'un de ces médicaments dans les prochaines semaines ?  Non  Oui |
| * 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* | |  |  | | 2.22Votre enfant prend-il des médicaments qui n'ont pas été prescrits par un professionnel de la santé, par exemple des médicaments que vous avez achetés dans une pharmacie, un magasin, sur Internet ou que vous vous êtes fait livrer de l'étranger ?  Non  Oui *–Veuillez indiquer les médicaments qui vous ont été prescrits et les doses dans l'espace ci-dessous*  ***Veuillez apporter tout médicament au rendez-vous de votre enfant***   |  |  | | --- | --- | | *Nom* | *Dose* | |  |  | |
| * 1. Does your child have allergy to any medicines?   No  Yes | 2.23Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ?  Non  Oui |
| * 1. Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.24Votre enfant est-il allergique à d'autres substances ? (par exemple, aliments, piqûres d'insectes, gants en latex) ?  Non  Oui |
| Section three: Vaccinations | Troisième partie : Vaccins |
| * 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 | 3.1Votre enfant a-t-il reçu tous les vaccins infantiles proposés dans son pays d'origine pour son âge ?  ***Si vous avez un carnet de vaccination, veuillez l'apporter lors de votre rendez-vous.***  Non  Oui  Je ne sais pas |
| * 1. Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 3.2Votre enfant a-t-il été vacciné contre la tuberculose (TB) ?  Non  Oui  Je ne sais pas |
| * 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 | 3.3Votre enfant a-t-il été vacciné contre le COVID-19 ?  Non  Oui  1 dose  2 doses  3 doses  Plus de 3 doses  Je ne sais pas |
| 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 | S’il y a quelque chose qui vous gêne à propos de la santé de votre enfant, que vous ne souhaitez pas partager dans ce formulaire et que vous voulez aborder avec un médecin, veuillez appeler votre médecin généraliste et prendre rendez-vous |