|  |  |
| --- | --- |
| English | **Lithuanian/Lietuvių** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Naujų pacientų klausimynas migrantams naujai atvykusiems į JK |
| 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. | Kiekvienas turi teisę užsiregistruoti pas šeimos daktarą. Norint užsiregistruoti pas šeimos daktarą, jums nereikia adreso, imigracijos statuso, asmens tapatybės dokumento ar NHS numerio įrodymo.  Šis klausimynas skirtas informacijos apie jūsų sveikatą rinkimui, kad jūsų poliklinikos sveikatos specialistai suprastų, kokios pagalbos, gydymo ir paslaugų jums gali prireikti pagal Nacionalinės sveikatos tarnybos konfidencialumo ir dalijimosi duomenimis politiką.  Jūsų šeimos daktaras neatskleis jokios informacijos, kurią pateiksite kitais nei tiesioginės priežiūros tikslais, nebent: jūs sutikote (pvz., remti medicininius tyrimus); arba jie privalo tai daryti pagal įstatymą (pvz., apsaugoti kitus žmones nuo didelės žalos); arba dėl viršesnio viešojo intereso (pvz., sergate užkrečiama liga). Daugiau informacijos apie tai, kaip jūsų šeimos daktaras naudos jūsų informaciją, rasite savo šeimos daktaro poliklinikoje.  Pateikite atsakymus savo šeimos daktarui. |
| Section one: Personal details | Pirma dalis: Asmens duomenys |
| Full name: | Vardas ir Pavardė: |
| Address: | Adresas: |
| Telephone number: | Telefono numeris: |
| Email address: | Elektroninis paštas: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Užpildykite visus klausimus ir pažymėkite visus jums tinkamus atsakymus.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1Klausimyno užpildymo data: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 Kuris iš šių geriausiai apibūdina jus?  Vyr.  Mot.  Kita  Atsakyti nenoriu |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 Ar ta pati lytis jums buvo suteikta gimus?  Ne  Taip  Atsakyti nenoriu |
| Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Gimimo data:  Diena\_\_\_\_\_\_ Mėnuo \_\_\_\_\_\_\_ Metai \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 Religija:  Budistų  Krikščionių  Induizmo  Žydų  Musulmonų  Sikų  Kita religija  Jokios religijos |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 Šeimyninė padėtis:  Vedęs/ištekėjusi  Išsiskyręs (-usi)  Našlys (-ė)  Nė vienas iš pateiktų |
| * 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 | 1.7Lytinė orientacija  Heteroseksuali (priešingos lyties)  Homoseksuali (tos pačios lyties)  Biseksuali (vyr. ir mot.)  Atsakyti nenoriu  Kita |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8Pagrindinė šnekamoji kalba:   |  |  | | --- | --- | | Albanų | Rusų | | Arabų | Tigrinų | | Dari | Ukrainiečių | | Anglų | Urdų | | Persų | Vietnamiečių | | Kita |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.9 Antroji šnekamoji kalba   |  |  | | --- | --- | | Albanų | Rusų | | Arabų | Tigrinų | | Dari | Ukrainiečių | | Anglų | Urdų | | Persų | Vietnamiečių | | Kita | Nėra | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10Ar jums reikalingas vertėjas?  Ne  Taip |
| * 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 | 1.11Ar jums labiau patiktų vertėjas vyras ar moteris? Atminkite, kad vertėjų pasiekiamumas ne visada gali atitikti jūsų pageidavimus.  Vyr.  Mot.  Nesvarbu |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 Ar mokate skaityti savo kalba?  Ne  Taip  Man sunku skaityti |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13Ar mokate rašyti savo kalba?  Ne  Taip  Man sunku rašyti |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14Ar jums reikalinga ženklų kalbos pagalba?  Ne  Taip |
| * 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) | | 1.15Pateikite informaciją apie savo artimuosius ir (arba) asmenį, su kuriuo galėtume susisiekti kritiniu atveju:   |  |  | | --- | --- | | Vardas:  Kontaktinis telefono numeris:  Adresas: | Artimiausias giminaitis | | Vardas:  Kontaktinis telefono numeris:  Adresas: | Kritinio atvejo kontaktas (jei skiriasi) | |
| Section two: Health questions | Antra dalis: Sveikatos klausimai |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1 Ar šiuo metu jaučiatės blogai ar sergate?  Ne  Taip |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.2Ar jums reikia skubios pagalbos dėl sveikatos problemų?  Ne  Taip |
| * 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 | 2.3Ar šiuo metu turite kurį nors iš šių simptomų? *Pažymėkite visus tinkančius*  Svorio kritimas  Kosulys  Kosėjimas krauju  Naktinis prakaitavimas  Išsekimas  Kvėpavimo problemos  Karščiavimas  Viduriavimas  Odos nusiskundimai ir bėrimai  Kraujas šlapime  Kraujas išmatose  Galvos skausmai  Skausmas  Bloga nuotaika  Nerimas  Kankinantys prisiminimai ar košmarai  Miego sutrikimai  Jausmas, kad negalite kontroliuoti savo minčių ar veiksmų  Noras pakenkti sau arba nenoras gyventi  Kita |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4Kūno atvaizde pažymėkite sritį (-is), kurioje (-iose) susiduriate su savo dabartinėmis sveikatos problemomis |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5Ar turite kokių nors žinomų besitęsiančių sveikatos problemų?  Ne  Taip |
| * 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 | 2.6Ar turite arba kada nors turėjote kurią nors iš šių ligų? Pažymėkite visus tinkančius  Artritas  Astma  Kraujo sutrikimai  Pjautuvinė anemija  Talasemija  Vėžys  Dantų problemos  Diabetas  Epilepsija  Akių problemos  Širdies problemos  Hepatitas B  Hepatitas C  ŽIV ar AIDS  Aukštas kraujospūdis  Inkstų problemos  Kepenų problemos  Ilgalaikės plaučių problemos / kvėpavimo sutrikimai  Psichinės sveikatos problemos  Prastą nuotaika ar depresija  Nerimas  Potrauminio streso sutrikimai (PTSD)  Ankstesnis savęs žalojimas  Bandymas nusižudyti  Kita  Osteoporozė  Odos ligos  Insultas  Skydliaukės liga  Tuberkuliozė (TB)  Kita |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7Ar jums kada nors buvo atlikta kokia nors operacijos ar  chirurgija?  Ne  Taip |
| * 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 | 2.8Jei jums buvo atlikta operacija / chirurgija, prieš kiek laiko ji buvo atlikta?  Mažiau nei prieš 12 mėnesių  Prieš 1–3 metus  Daugiau nei prieš 3 metus |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9Ar turite kokių nors fizinių sužalojimų, patirtų per karą, konfliktą ar kankinimus?  Ne  Taip |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10Ar turite kokių nors psichinės sveikatos problemų? Tai gali būti karo, konflikto, kankinimų ar priverstinio bėgimo iš šalies padariniai.  Ne  Taip |
| * 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 | 2.11Kai kurios sveikatos problemos gali būti susijusios su šeima. Ar jūsų artimiausi šeimos nariai (tėvas, motina, broliai, seserys ar seneliai) sirgo kuria nors iš šių ligų? Pažymėkite visus tinkančius  Vėžys  Diabetas  Depresija ar psichinės sveikatos liga  Širdies infarktas  Aukštas kraujospūdis  Insultas  Kita |
| * 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* | |  |  | | 2.12Ar vartojate receptinius vaistus?  Ne  Taip *- toliau esančiame langelyje nurodykite* *jums išrašytus vaistus ir jų dozes*  ***Į paskirtą apsilankymą atsineškite visus receptus arba vaistus.***   |  |  | | --- | --- | | *Pavadinimas* | *Dozė* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13Ar nerimaujate, kad per kelias ateinančias savaites gali pritrūkti šių vaistų?  Ne  Taip |
| * 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* | |  |  | | 2.14Ar vartojate kokius nors vaistus, kurių nepaskyrė sveikatos priežiūros specialistas, pvz., vaistus, kuriuos nusipirkote vaistinėje, parduotuvėje, internetu arba kurie buvo pristatyti iš užsienio?  Ne  Taip *- toliau esančiame langelyje nurodykite vaistus ir jų dozes*  ***Į paskirtą apsilankymą atsineškite visus vaistus.***   |  |  | | --- | --- | | *Pavadinimas* | *Dozė* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15Arturite alergiją kokiems nors vaistams?  Ne  Taip |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16Ar turite alergiją kam nors kitam? (pvz., maistui, vabzdžių įgėlimams, latekso pirštinėms)?  Ne  Taip |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17Ar turite fizinę negalią arba judumo sunkumų?  Ne  Taip |
| * 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 | 2.18Ar turite kokių nors jutimo sutrikimų? *Pažymėkite visus tinkančius*  Ne  Aklumas  Dalinis regos praradimas  Visiškas klausos praradimas  Dalinis klausos praradimas  Kvapo ir (arba) skonio sutrikimai |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19Ar turite mokymosi sunkumų?  Ne  Taip |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20Ar yra koks nors asmeninis klausimas, kurį norėtumėte aptarti su sveikatos priežiūros specialistu per kitą apsilankymą?  Ne  Taip |
| Section three: Lifestyle questions | Trečia dalis: Gyvenimo būdo klausimai |
| * 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* | 3.1Kaip dažnai vartojate alkoholį?  Niekada  Kartą per mėnesį  2–4 kartus per mėnesį  2–3 kartus per savaitę  4 ar daugiau kartų per savaitę  ***1 alkoholio vienetas*** *yra:*    *½ pintos bokalo alaus*    *1 nedidelė taurė vyno*    *1 norma spiritinių gėrimų* |
| * 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. Kiek alkoholio vienetų suvartojate per įprastą dieną, kai vartojate alkoholį?   0–2  3–4  5–6  7–9  10 ar daugiau |
| * 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. Kaip dažnai per pastaruosius metus vienu kartu suvartojote 6 ar daugiau vienetų (moterims), arba 8 ar daugiau vienetų (vyrams)?   Niekada  Rečiau nei kartą per mėnesį  Kas mėnesį  Kas savaitę  Kasdien ar beveik kasdien |
| * 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 | * 1. Ar vartojate kokius nors sveikatai kenksmingus narkotikus, pvz., kanapes, kokainą, heroiną?   Niekada  Nustojau vartoti narkotikus, kurie gali būti kenksmingi.  Taip |
| * 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 | * 1. Ar rūkote?   Niekada  Nustojau rūkyti  Taip  Cigaretes  Kiek per dieną? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kiek metų rūkote? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tabaką    Ar norėtumėte nustoti rūkyti  Taip  Ne |
| * 1. Do you chew tobacco?   Never  I have quit chewing tobacco  Yes | * 1. Ar kramtote tabaką?   Niekada  Nustojau kramtyti tabaką  Taip |
| Section four: Vaccinations | Ketvirta dalis: Skiepai |
| * 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 | 4.1Ar buvote paskiepyti visais vaikystės skiepais, kurie siūlomi jūsų kilmės šalyje?  ***Jei turite skiepų istoriją, atsineškite ją į paskirtą per kitą apsilankymą.***  Ne  Taip  Nežinau |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2Ar buvote skiepyti nuo tuberkuliozės (TB)?  Ne  Taip  Nežinau |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3Ar buvote skiepyti nuo COVID-19?  Ne  Taip  1 dozė  2 dozės  3 dozės  Daugiau nei 3 dozės  Nežinau |
| Section five: Questions for female patients only | Penkta dalis: Klausimai tik mot. lyties pacientėms |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Ar esate nėščia?  Ne  Galiu būti nėščia  Taip  Kiek laiko esate nėščia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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 | 5.2Ar naudojate kontraceptines priemones?  Ne  Taip  Kokį metodą naudojate?  Barjerinė kontracepcija, *pvz., prezervatyvai, gelis*  Geriamosios kontraceptinės tabletės  Vario spiralė arba intrauterinis prietaisas (IUD)  Hormoninė spiralė / intrauterininė sistema (IUS), *pvz., „Mirena”*  Kontraceptinė injekcija  Kontraceptinis implantas  Kita |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3Ar jums skubiai reikalingos kontraceptinės priemonės?  Ne  Taip |
| * 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 | 5.4Ar jums kada nors buvo paimtas gimdos kaklelio tepinėlis arba atliktas tepinėlio tyrimas? Šiuo tyrimu tikrinama gimdos kaklelio būklė ir padedama išvengti gimdos kaklelio vėžio.  Ne  Taip  Norėčiau gauti daugiau informacijos |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5Ar jums buvo atlikta histerektomija (gimdos ir gimdos kaklelio pašalinimo operacija)?  Ne  Taip |
| * 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 | 5.6Kaip mot. lyties pacientė, ar turite kokį nors asmeninį klausimą, kurį norėtumėte aptarti su sveikatos priežiūros specialistu per kitą apsilankymą?  Ne  Taip |
| 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. | Jei nenorite dalintis šioje formoje ir norėtumėte tai aptarti su gydytoju, paskambinkite savo šeimos daktarui ir užsirašykite apsilankymui. |