|  |  |
| --- | --- |
| English | Romanian |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Chestionar pentru noii pacienți destinat imigranților nou sosiți în Marea Britanie |
| 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. | Orice persoană are dreptul de a se înregistra la un medic de familie. Pentru a vă înscrie la un medic de familie nu aveți nevoie de dovada adresei, a statutului de imigrant, de actul de identitate sau de un număr NHS.  Acest chestionar are rolul de a obține informații despre starea dvs. de sănătate, astfel încât cadrele medicale de la cabinetul dvs. de medicină de familie să poată înțelege de ce tip de sprijin, tratament și servicii specializate ați putea avea nevoie, în conformitate cu politicile de confidențialitate și de partajare a datelor ale Serviciului Național de Sănătate (NHS).  Medicul dvs. de familie nu va dezvălui nicio informație pe care o furnizați în alte scopuri decât îngrijirea dvs. directă, cu excepția cazului în care: v-ați dat consimțământul (de ex., pentru a sprijini cercetarea medicală); sau este obligat să facă acest lucru prin lege (de ex., pentru a proteja alte persoane de vătămări grave); sau pentru că există un interes public superior (de ex., suferiți de o boală transmisibilă). Informații suplimentare despre modul în care medicul dvs. de familie va utiliza datele dvs. sunt disponibile la cabinetul dvs. de medicină de familie.  Dați răspunsurile la cabinetul medicului dvs. de familie. |
| Section one: Personal details | Secțiunea unu: Date personale |
| Full name: | Numele complet: |
| Address: | Adresa: |
| Telephone number: | Numărul de telefon: |
| Email address: | Adresa de e-mail: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Vă rugăm să completați toate întrebările și să bifați toate răspunsurile care vi se aplică.** |
| * 1. Date questionnaire completed: | 1.1Data completării chestionarului: |
| 1.2 Which of the following best describes you?  Male  Female  Other  Prefer not to say | 1.2 Care dintre următoarele vă descrie cel mai bine?  Sex masculin  Sex feminin  Altele  Prefer să nu menționez |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?  No  Yes  Prefer not to say | 1.3 Este acesta același sex cu cel care v-a fost atribuit la naștere?  Nu  Da  Prefer să nu menționez |
| Date of birth:  Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Data de naștere:  Data \_\_\_\_\_\_ Luna \_\_\_\_\_\_\_ Anul \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion:  Buddhist  Christian  Hindu  Jewish  Muslim  Sikh  Other religion  No religion | 1.5 Religie:  Budistă  Creștină  Hindusă  Iudaică  Musulmană  Sikh  Altă religie  Fără religie |
| 1.6 Marital status:  Married/civil partner  Divorced  Widowed  None of the above | 1.6 Starea civilă:  Căsătorit(ă)/partener(ă) civil(ă)  Divorțat(ă)  Văduv(ă)  Niciuna din cele de mai sus |
| * 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 Orientarea sexuală:  Heterosexual (atras(ă) de persoane de sexul opus)  Homosexual (atras(ă) de persoane de același sex)  Bisexual (atras(ă) de bărbați și femei)  Prefer să nu menționez  Altele |
| * 1. Main spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other |  | | 1.8 Limba principală vorbită:   |  |  | | --- | --- | | Albaneză | Rusă | | Arabă | Tigrină | | Dari | Ucraineană | | Engleză | Urdu | | Persană | Vietnameză | | Altele |  | |
| * 1. Second spoken language:  |  |  | | --- | --- | | Albanian | Russian | | Arabic | Tigrinya | | Dari | Ukrainian | | English | Urdu | | Persian | Vietnamese | | Other | None | | 1.9 A doua limbă vorbită:   |  |  | | --- | --- | | Albaneză | Rusă | | Arabă | Tigrină | | Dari | Ucraineană | | Engleză | Urdu | | Persană | Vietnameză | | Altele | Niciuna | |
| * 1. Do you need an interpreter?   No  Yes | 1.10Aveți nevoie de un interpret?  Nu  Da |
| * 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 | 1.11Ați prefera un interpret bărbat sau femeie? Vă rugăm să rețineți că, din cauza disponibilității interpreților, este posibil să nu fie întotdeauna posibilă satisfacerea preferințelor dvs.  Sex masculin  Sex feminin  Nu mă deranjează |
| 1.12 Are you able to read in your own language?  No  Yes  I have difficulty reading | 1.12 Știți să citiți în limba dvs.?  Nu  Da  Întâmpin dificultăți la citire |
| * 1. Are you able to write in your own language?   No  Yes  I have difficulty writing | 1.13Știți să scrieți în limba dvs.?  Nu  Da  Întâmpin dificultăți la scriere |
| * 1. Do you need sign language support?   No  Yes | 1.14Aveți nevoie de asistență în limbajul semnelor?  Nu  Da |
| * 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) | | 1.15Vă rugăm să furnizați detalii despre rudele dvs. apropiate și/sau despre o persoană pe care o putem contacta în caz de urgență:   |  |  | | --- | --- | | Nume:  Număr de telefon de contact:  Adresa: | Rudă | | Nume:  Număr de telefon de contact:  Adresa: | Persoană în caz de urgență (dacă este diferită) | |
| Section two: Health questions | Secțiunea doi: Întrebări referitoare la sănătate |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?   No  Yes | 2.1În prezent nu vă simțiți bine sau sunteți bolnav(ă)?  Nu  Da |
| Do you need an urgent help for your health problem?  No  Yes | 2.2Aveți nevoie de asistență urgentă pentru problema dvs. de sănătate?  Nu  Da |
| * 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 | 2.3Aveți în prezent oricare dintre următoarele simptome? *Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică*  Pierderea greutății  Tuse  Tuse cu sânge  Transpirații nocturne  Oboseală extremă  Probleme de respirație  Stări febrile  Diaree  Afecțiuni ale pielii sau erupții cutanate  Sânge în urină  Sânge în materiile fecale  Durere de cap  Durere  Stare de spirit scăzută  Anxietate  Flashback-uri sau coșmaruri tulburătoare  Dificultate la a dormi  Sentimentul că nu vă puteți controla gândurile sau acțiunile  Sentimentul că vreți să vă faceți rău sau să renunțați la viață  Altele |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s) | 2.4Vă rugăm să marcați pe imaginea corpului zona(le) în care vă confruntați cu problema(le) actuală(le) de sănătate |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?   No  Yes | 2.5Aveți probleme de sănătate cunoscute cu care vă confruntați mereu?  Nu  Da |
| * 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 | 2.6Suferiți sau ați suferit vreodată de una dintre următoarele afecțiuni? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică  Artrită  Astm  Afecțiuni ale sângelui  Siclemie  Talasemie  Cancer  Afecțiuni dentare  Diabet  Epilepsie  Afecțiuni oculare  Afecțiuni cardiace  Hepatita B  Hepatita C  HIV sau SIDA  Tensiune arterială ridicată  Afecțiuni legate de rinichi  Afecțiuni legate de ficat  Afecțiuni pulmonare pe termen lung/dificultăți de respirație  Afecțiuni legate de sănătatea mintală  Stare de spirit scăzută/depresie  Anxietate  Tulburare de stres posttraumatic (PTSD)  Auto-vătămare în trecut  Tentativă de sinucidere  Altele  Osteoporoză  Boală de piele  Accident vascular cerebral  Boala tiroidiană  Tuberculoză (TB)  Altele |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?   No  Yes | 2.7Ați suferit vreodată vreo operație / intervenție chirurgicală?  Nu  Da |
| * 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 | 2.8Dacă ați suferit o operație / intervenție chirurgicală, cu cât timp în urmă a avut loc aceasta?  În ultimele 12 luni  1 - 3 ani în urmă  Mai mult de 3 ani în urmă |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?   No  Yes | 2.9Aveți vreo rană fizică provocată de război, situații de conflict sau tortură?  Nu  Da |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?   No  Yes | 2.10Suferiți de probleme legate de sănătatea mintală? Acestea ar putea fi cauzate de război, situații de conflict, tortură sau de faptul că ați fost forțat(ă) să vă părăsiți țara?  Nu  Da |
| * 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 | 2.11Unele probleme medicale pot fi întâlnite în familie. Un membru al familiei dvs. apropiate (tată, mamă, frați și bunici) a avut sau a suferit de una dintre următoarele afecțiuni? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică  Cancer  Diabet  Depresie/boală de sănătate mintală  Atac de cord  Tensiune arterială ridicată  Accident vascular cerebral  Altele |
| * 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* | |  |  | | 2.12Luați vreun medicament prescris?  Nu  Da *- vă rugăm să enumerați* *medicamentele prescrise și dozele în căsuța de mai jos*  ***Vă rugăm să aduceți toate rețetele sau medicamentele la programare***   |  |  | | --- | --- | | *Denumire* | *Doză* | |  |  | |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?   No  Yes | 2.13Vă faceți griji că veți rămâne fără aceste medicamente în următoarele câteva săptămâni?  Nu  Da |
| * 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* | |  |  | | 2.14Luați medicamente care nu au fost prescrise de un profesionist din domeniul sănătății, de ex., medicamente cumpărate de la o farmacie/un magazin/pe internet sau livrate din străinătate?  Nu  Da *- vă rugăm să enumerați medicamentele și dozele în căsuța de mai jos*  ***Vă rugăm să aduceți toate medicamentele la programare***   |  |  | | --- | --- | | *Denumire* | *Doză* | |  |  | |
| * 1. Are you allergic to any medicines?   No  Yes | 2.15Sunteți alergic(ă) la vreun medicament?  Nu  Da |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?   No  Yes | 2.16Sunteți alergic(ă) la altceva? (de ex., alimente, înțepături de insecte, mănuși din latex)?  Nu  Da |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?   No  Yes | 2.17Aveți vreun handicap fizic sau dificultăți de mobilitate?  Nu  Da |
| * 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 | 2.18Aveți vreo deficiență senzorială? *Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică*  Nu  Orbire  Pierderea parțială a vederii  Pierderea completă a auzului  Pierderea parțială a auzului  Probleme legate de miros și/sau gust |
| * 1. Do you have any learning difficulties?   No  Yes | 2.19Aveți dificultăți de învățare?  Nu  Da |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?   No  Yes | 2.20Există vreo problemă specială de natură privată pe care ați dori să o discutați/abordați la următoarea dvs. întâlnire cu un profesionist din domeniul sănătății?  Nu  Da |
| Section three: Lifestyle questions | Secțiunea trei: Întrebări privind stilul de viață |
| * 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* | 3.1Cât de des consumați alcool?  Niciodată  Lunar sau mai puțin  De 2-4 ori pe lună  De 2-3 ori pe săptămână  De 4 ori sau mai mult pe săptămână  *Există* ***1 unitate*** *de alcool în:*    *½ pahar cu bere*    *1 pahar mic cu vin*     1. *măsură unică de băuturi spirtoase* |
| 3.2 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 | 3.2Câte unități de alcool consumați într-o zi obișnuită când beți?  0-2  3-4  5-6  7-9  10 sau mai multe |
| 3.3How 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 | 3.3Cât de des ați consumat 6 sau mai multe unități, dacă sunteți femeie, sau 8 sau mai multe unități, dacă sunteți bărbat, într-o singură ocazie în ultimul an?  Niciodată  Mai puțin decât lunar  Lunar  Săptămânal  Zilnic sau aproape zilnic |
| 3.4Do 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 | 3.4Consumați droguri care ar putea fi dăunătoare pentru sănătatea dvs., de ex., canabis, cocaină, heroină?  Niciodată  Am renunțat să mai consum droguri care ar putea fi dăunătoare  Da |
| 3.5Do 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 | 3.5Fumați?  Niciodată  Am renunțat la fumat  Da  Țigări  Câte pe zi? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  De câți ani fumați? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tutun    Doriți să primiți ajutor pentru a renunța la fumat?  Da  Nu |
| 3.6Do you chew tobacco?  Never  I have quit chewing tobacco  Yes | 3.6Mestecați tutun?  Niciodată  Am renunțat la mestecatul tutunului  Da |
| Section four: Vaccinations | Secțiunea patru: Vaccinări |
| * 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 | 4.1Ați făcut toate vaccinurile pentru copii oferite în țara dvs. de origine?  ***Dacă aveți o fișă cu istoricul vaccinărilor, vă rugăm să o aduceți la programare.***  Nu  Da  Nu știu |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?   No  Yes  I don’t know | 4.2Ați fost vaccinat(ă) împotriva tuberculozei (TB)?  Nu  Da  Nu știu |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?   No  Yes  1 dose  2 doses  3 doses  More than 3 doses  I don’t know | 4.3Ați fost vaccinat(ă) împotriva COVID-19?  Nu  Da  1 doză  2 doze  3 doze  Mai mult de 3 doze  Nu știu |
| Section five: Questions for female patients only | Secțiunea cinci: Întrebări numai pentru pacienții de sex feminin |
| * 1. Are you pregnant?   No  I might be pregnant  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Sunteți însărcinată?  Nu  Se poate să fiu însărcinată  Da  În câte săptămâni de sarcină sunteți?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 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 | 5.2Folosiți metode contraceptive?  Nu  Da  Ce metode folosiți?  Contracepție de barieră, *de ex. prezervative, gel*  Pastilă contraceptivă orală  Sterilet din cupru/dispozitiv intrauterin (DIU)  Sterilet hormonal/sistem intrauterin (IUS), *de ex. Mirena*  Injecție contraceptivă  Implant contraceptiv  Altele |
| * 1. Do you urgently need any contraception?   No  Yes | 5.3 Aveți nevoie urgentă de contracepție?  Nu  Da |
| * 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 | 5.4Ați făcut vreodată un frotiu cervico-vaginal sau un test de frotiu? Acesta este un test pentru a verifica starea de sănătate a colului uterin și pentru a ajuta la prevenirea cancerului de col uterin.  Nu  Da  Aș dori să primesc mai multe informații |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?   No  Yes | 5.5Ați suferit o histerectomie (operație de îndepărtare a uterului și a colului uterin)?  Nu  Da |
| * 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 | 5.6În calitate de pacient de sex feminin, există vreo problemă specială de natură privată pe care ați dori să o discutați/abordați la următoarea dvs. întâlnire cu un profesionist din domeniul sănătății?  Nu  Da |
| 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. | Dacă există ceva ce nu doriți să împărtășiți în acest formular și doriți să discutați cu un medic, vă rugăm să vă sunați medicul de familie și să faceți o programare. |